

---

**Inauguraldissertation  
zur Erlangung des akademischen Doktorgrades (Dr. phil.)  
im Fach Psychologie  
an der Fakultät für Verhaltens- und  
Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**

Titel der Dissertation  
*Empirische Untersuchung zur Entscheidungsfindung bei der  
Krankenhauswahl*

vorgelegt von  
Roger Giegrich

Jahr der Einreichung  
2019

Dekan: Prof. Dr. Dirk Hagemann  
Berater: Prof. Dr. Klaus Fiedler

---

<b>ABSTRACT .....</b>	<b>3</b>
<b>1. EINLEITUNG .....</b>	<b>4</b>
<b>2. METHODEN .....</b>	<b>6</b>
2.1. Qualitative Methoden .....	6
2.2. Quantitative Sozialforschung.....	11
2.3. Kombination qualitativer und quantitativer Methoden.....	14
2.4. Exkurs: Satisfizierer vs. Maximierer .....	18
<b>3. FORSCHUNGSETHIK.....</b>	<b>19</b>
<b>4. FORSCHUNGSSTAND .....</b>	<b>22</b>
4.1. (Mit-)Entscheidung des Patienten bei der Krankenhauswahl.....	24
4.2. Informationswünsche der Patienten.....	27
4.3. Informationsquellen der Patienten.....	31
<b>5. QUALITATIVE UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>36</b>
5.1. Durchführung.....	36
5.2. Kurzzusammenfassungen der Interviews .....	38
5.3. Quantitative Auszählung .....	64
5.4. Individuell wichtigste Gründe für die Wahl .....	67
5.5. Ableitung der Hypothesen.....	73
<b>6. QUANTITATIVE UNTERSUCHUNG .....</b>	<b>75</b>
6.1. Fragebogenentwicklung und Pretest.....	76
6.2. Durchführung der Befragung .....	77
6.3. Beschreibung der Stichprobe.....	79
6.4. Geringer (objektiver) Aufwand bei der Recherche ( $H_1$ ).....	84
6.5. Geringer subjektiver Aufwand bei der Recherche ( $H_2$ ).....	98
6.6. Einfluss der Schwere der Erkrankung/Verletzung ( $H_3$ ) .....	108
6.7. Einfluss der Erfahrung ( $H_4$ ).....	111

6.8.	Einfluss der Ärzte (H <sub>5</sub> ).....	113
6.9.	Exkurs: Satisfizierer oder Maximierer?.....	121
7.	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>123</b>
7.1.	Verortung der Untersuchung und der Ergebnisse .....	123
7.2.	Probleme und Schwächen der Untersuchung.....	133
8.	<b>AUSBLICK UND WEITERE FORSCHUNGSFRAGEN .....</b>	<b>140</b>
9.	<b>LITERATUR .....</b>	<b>148</b>
10.	<b>ANHANG .....</b>	<b>166</b>
10.1.	Interview-Leitfaden.....	166
10.2.	Fragebogen .....	167
10.3.	Erklärung gemäß § 8 (1) c) und d) der Promotionsordnung der Fakultät .....	173

## **Abstract**

Es wurde untersucht, auf Basis welcher Informationen und Informationsquellen sich Patienten für ein Krankenhaus entschieden und welchen Aufwand sie für diese Recherche betrieben hatten. Dazu wurden zunächst an zwei Krankenhäusern Interviews mit 25 stationären Patienten durchgeführt. Auf Basis dieser Interviews wurde ein Fragebogen entwickelt, mit dem an fünf unterschiedlichen Krankenhäusern in einer stationären, elektiven Behandlung befindliche Patienten befragt wurden. In die statistische Analyse gingen über 600 Patienten ein.

Es zeigt sich, dass Patienten – sowohl subjektiv, als auch objektiv – augenscheinlich einen nur geringen Aufwand betreiben, um sich vorab über Krankenhäuser für eine Behandlung zu informieren. Die empfundene Schwere der Erkrankung spielt dabei nur beim objektiven Aufwand eine Rolle, nicht beim subjektiven Aufwand. Patienten richten sich überwiegend nach den Empfehlungen ihrer Ärzte, denen sie auch den größten Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses zusprechen.

# 1. Einleitung

„Sie haben Krebs.“

Dies wäre sicher für jeden eine wahre Hiobsbotschaft. Doch direkt im Anschluss an diese Botschaft stellen sich dem Betroffenen sicherlich viele Fragen:

„Wie geht es jetzt weiter?“

„Wie sind meine Überlebenschancen?“

„Wie kann die Erkrankung behandelt werden?“

„Wo kann ich mich behandeln lassen?“

„In welches Krankenhaus soll ich gehen?“

„Ist die Behandlung in dem einen Krankenhaus vielleicht besser als in dem anderen?“

Dies sind vermutlich Fragen, die sich alle schwer Erkrankten stellen. Aber nicht nur Krebspatienten, sondern auch Patienten, deren Erkrankung nicht lebensbedrohlich ist. Am wichtigsten ist vielleicht die Frage:

„Woher bekomme ich die notwendigen Informationen um ‚richtig‘ entscheiden zu können?“

Diese Überlegung war der Ausgangspunkt zu dieser Untersuchung. Es sollte untersucht werden, wo sich Patienten informieren und welche Informationen ihnen bei ihrer Informationssuche wichtig sind. Es sollte auch geprüft werden, welcher Aufwand von den Probanden betrieben wurde, um über eine möglicherweise lebenswichtige Frage zu entscheiden und welche Einflüsse dabei eine Rolle spielten.

In Deutschland gibt es – neben der freien Arztwahl – das Konzept des ‚Shared Decision Making‘ (Coulter & Collins 2011, Barry & Edgman-Levitan 2012, Elwyn et al 2012, Lipkin 2013, Légarde & Thompson-Leduc 2014, Austin, Mohottige, Sudore, Smith & Hanson 2015, Spatz, Krumholz & Moulton 2017, Llewelyn 2018). Dabei entscheiden Arzt und Patient gemeinsam, welche Behandlungen durchgeführt werden. Doch die Informationslage zwischen diesen beiden Parteien ist stark asymmetrisch. Ebenso wie die Möglichkeiten für Patienten, sich relevante Informationen zu verschaffen und diese gegebenenfalls auch zu verstehen. Hinzu kommt die emotional belastende Situation für den Patienten, gerade wenn es sich um eine schwerwiegende Verletzung oder Erkrankung handelt, die potentiell lebensbedrohlich ist. Dennoch wird es als wichtiger Teil der Patientenautonomie betrachtet, dass Patienten bei ihrer Behandlung mitentscheiden sollen. Die Frage ist aber, auf welcher informationellen Basis sie dies tun sollen. Woher bekommen sie die Informationen? Und wie groß ist der Einfluss, den die verschiedenen Informationsquellen auf sie haben?

Im Folgenden wird in Kapitel 2 zunächst zur methodischen Basis dieser Arbeit Stellung bezogen. Es wird erläutert, weshalb und inwieweit Methoden der qualitativen und quantitativen Sozialforschung Anwendung finden. In Kapitel 3 wird der ethische Aspekt

dieser Arbeit beleuchtet. In Kapitel 4 wird der aktuelle Forschungsstand zu Informationswünschen, Informationsmöglichkeiten, und der Mitentscheidung von (Krankenhaus-)Patienten zu ihrer Behandlung wiedergegeben. Kapitel 5 umfasst den qualitativen Teil dieser Arbeit. Dies umfasst sowohl die Durchführung und Auswertung der 25 Interviews, die mit Patienten in zwei verschiedenen Krankenhäusern geführt wurden, als auch die Ableitung der Hypothesen. Diese werden in Kapitel 6 dann untersucht. Hier finden in Form einer Fragebogenerhebung quantitative Methoden Anwendung. Die Erhebung wurde an fünf verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt. Es gehen gut 600 auswertbare Fragebögen in die statistische Analyse ein. In Kapitel 7 werden die Ergebnisse und Befunde der Untersuchung kritisch diskutiert. Der Ausblick und die Aufstellung weiterer Forschungsfragen, die sich auch aus dieser Arbeit ergeben, bilden Kapitel 8.

## **2. Methoden**

Für die Frage, welche Methoden zur Untersuchung eines bestimmten Sachverhaltes Verwendung finden sollten, gibt es keine allgemein gültige Antwort. Die Strategie und das Design der Untersuchung sollten sich immer am Untersuchungsfeld orientieren. Dies bedeutet auch, dass Methoden nicht dogmatisch eingesetzt werden sollten – oder weil man besonders gut bzw. ausschließlich mit ihnen vertraut ist. Vielmehr sollten sich die Untersuchungsinstrumente am Untersuchungssubjekt orientieren und flexibel daran angepasst werden können. Der untersuchte Gegenstand und die Fragestellung bestimmen, welche Methoden am besten geeignet sind (McKinlay 1993, McKinlay 1995, Baum 1995).

### **2.1. Qualitative Methoden**

#### **2.1.1. Qualitative Herangehensweise**

„Die Ausgangsposition des Sozialwissenschaftlers und des Psychologen ist praktisch immer durch das Fehlen des Vertrautseins mit dem, was tatsächlich in dem für die Studie ausgesuchten Bereich des Lebens geschieht, gekennzeichnet“ (Blumer 1969/1973, S. 118 nach Flick 2010, S.23). Um eine solche Vertrautheit mit dem zu untersuchenden Feld herzustellen, bieten sich vor allem die Methoden der qualitativen Sozialforschung an. Diesen wird schon von Barton und Lazarsfeld (1984) eine entsprechende explorative Funktion zugeschrieben, ebenso wie in weiten Teilen quantitativer Methoden-Literatur (Bortz & Döring 1995, Bortz & Döring 2006, Kromrey 2009, Diekmann 2010, Flick 2010, Döring & Bortz 2016). Die explorativen Möglichkeiten qualitativer Verfahren sind so wertvoll, dass man kaum auf sie verzichten sollte, selbst wenn ihnen oft lediglich eine Hilfsfunktion zugeschrieben wird (Kelle 2008, Kelle & Erzberger 2009).

Die Psychologie hat sich lange Zeit für ihre Forschung vor allem auf Experimente verlassen und diese nehmen immer noch einen großen Raum ein (Flick 2010). Inwieweit diese oft recht artifiziellen Situationen Rückschlüsse auf tatsächliches Verhalten zulassen, ist nicht immer sicher. Daher folgt diese Untersuchung dem Ansatz, eine tatsächlich getroffene Entscheidung zu hinterfragen. Dabei ist natürlich klar, dass diese Herangehensweise ihre eigenen Schwächen und Probleme birgt.

Um der Komplexität des Feldes gerecht werden zu können, muss es jedoch zunächst einmal exploriert werden, statt ihm ausschließlich Theorien und Vorannahmen überzustülpen, die sich sowohl aus der alltäglichen Lebenswelt, aber auch der bisherigen Forschung generieren. Dies gilt umso mehr, als sich diese Untersuchung mit einem Feld beschäftigt, mit

dem nahezu jeder schon seine mehr oder weniger prägenden Erfahrungen gemacht haben dürfte: dem Gesundheitswesen. Die Bekanntheit mit dem Feld schließt bei den Meisten vermutlich sowohl persönliche Erfahrungen ein, als auch Erfahrungsberichte von Bekannten und Verwandten sowie Nachrichten und Berichte in den Medien. Völlig frei von – zumindest vermeintlichem – Wissen oder Halbwissen dürften die wenigsten sein.

„Tatsächlich stellt die Explorationsphase einen unverzichtbaren Teil des wissenschaftlichen Erkenntnisprozesses dar, ohne die das Aufstellen und Prüfen von Hypothesen nicht möglich wäre“ (Bortz & Döring 2006, S. 353). Daher sollte in der explorativen Phase grundsätzlich zunächst einmal das Feld erschlossen werden, um im Anschluss Hypothesen abzuleiten und zu untersuchen. Die Exploration des Feldes soll in dieser Arbeit also auf eine Weise erfolgen, die seine Komplexität berücksichtigt und offen und flexibel genug ist, sich den Erfordernissen der Untersuchung anpassen zu können (Bortz & Döring 2006, Flick 2010, Döring & Bortz 2016). Besonders wichtig ist dabei die Offenheit für das Feld und für neue Informationen:

„Offenheit bedeutet in dieser Präzisierung, nicht vorweg das untersuchte Feld mit fixen Hypothesen zu überziehen, es bedeutet, offen für das mögliche Neue zu sein und zu bleiben. Offenheit in der qualitativen Forschung heißt jedoch nicht, dass Forscher/innen im Hinblick auf den untersuchten Gegenstand, die Methodologie und die Methode bewusst ‚dumm‘ bleiben, sich vorab also nicht informieren“ (Reichert 2009 nach Lamnek 2010, S. 19f).

Die Offenheit geht sogar so weit, dass teils auf die Aufstellung von Hypothesen im Vorfeld einer Untersuchung – sogenannte „ex-ante-Hypothesen“ – bewusst verzichtet wird (Hoffmann-Riem 1980). Dies beruht auch auf der Eigen-Wahrnehmung von qualitativer Forschung als Hypothesen generierendem, nicht Hypothesen prüfendem Verfahren (Glaser & Strauss 1967, Meinefeld 2009, Lamnek 2010).

Zudem hat sich wohl gezeigt, dass in den Gesundheitswissenschaften qualitative Methoden am ehesten zu relevanten Ergebnissen führen (McKinlay 1995). Bei quantitativen Methoden wird zudem häufig kritisiert, dass sich in der quantitativen Forschung die zu untersuchende Wirklichkeit oft der Methode unterordnen müsse. Die Methoden würden nicht an den zu untersuchenden Gegenstand angepasst, um ihm auf diese Weise gerecht zu werden. Vielmehr würden Untersuchungen häufig nach den Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchungsmethode festgelegt. Über Hypothesen und anschließende Operationalisierung würde festgelegt, was für die Untersuchung relevant sein soll und erfasst wird. Somit wird nur das an Daten erhoben, was der Forscher selbst für sinnvoll und notwendig erachtet (Lamnek 2010). Dies soll in dieser Untersuchung bewusst vermieden werden.



Ein weiteres, herausstechendes Merkmal qualitativer Forschung ist die Flexibilität, mit der auf den Untersuchungsgegenstand und sein Umfeld eingegangen werden kann. Dies ist vor allem bei der Exploration wichtig, die schon per Definition eine flexible Vorgehensweise bedingt. Denn „die Kenntnis der angemessenen Daten, die signifikanten Bezugslinien und die begrifflichen Werkzeuge werden erst im Lauf der explorativen Untersuchung gewonnen“ (Blumer 1979 nach Lamnek 2010, S. 23f). Im Gegensatz dazu kann ein standardisierter Fragebogen nämlich keine Informationen beschaffen, die außerhalb dessen liegen, was der Forscher an wichtigen Dimensionen festgelegt hat (Meinefeld 2009). So führen qualitative Untersuchungen oft zu wesentlich gehaltvolleren Erklärungen als quantitative Untersuchungen, die Zusammenhänge allenfalls beschreiben können (Kelle & Erzberger 2009). Entscheidend ist, dass der Forscher zwar eine klare Vorstellung seiner Fragestellung hat, diese sich jedoch auch noch, zumindest innerhalb gewisser Grenzen, flexibel umgestalten lässt. Vor allem muss er aber offen für neue Erkenntnisse bleiben (Meinefeld 2009; Flick 2010).

Bezüglich der Zielsetzung einer Studie dient häufig der Ansatz der gegenstandsbegründeten Theorieentwicklung von Glaser und Strauss (1967) – auch „Grounded Theory“ genannt – als Orientierungsmodell. Der Anspruch der Theorieentwicklung stellt dabei jedoch für viele qualitative Studien eine Überforderung dar. So sollen in dieser Arbeit qualitative Methoden primär zur Exploration und schließlich zum Zweck der Hypothesengenerierung eingesetzt werden (Flick 2009). Der Anspruch der Entwicklung einer Theorie besteht ausdrücklich nicht.

Die der Arbeit zugrunde liegende Fragestellung ist die Frage danach, welche Informationen und Informationsquellen für Patienten, sich für ein Krankenhaus entscheiden, wichtig sind, und welchen Aufwand sie für die Recherche zu ihrer Entscheidung betreiben. Die Konkretisierung und Fokussierung der Forschungsfrage findet zum Großteil über aus dem qualitativen Teil abgeleitete Hypothesen statt (Flick 2009; Flick 2010).

### **2.1.2. Sampling**

Was die untersuchte Stichprobe angeht, so spielt in der qualitativen Methodik weniger die Quantität eine Rolle, als die Qualität der ausgewählten Fälle, die in die Untersuchung eingehen. Daher werden in qualitativen Studien oft nur vergleichsweise wenige Fälle herangezogen. Im Gegensatz zur quantitativen Forschung wird nicht mit einer Zufallsauswahl und möglichst großen Stichprobe gearbeitet. Stattdessen werden andere Strategien für das Sampling genutzt. Doch erfordern offene Interviews sowohl vom Forscher als auch dem Befragten, sich wesentlich stärker auf das Thema und den jeweils anderen

einzulassen, als Befragungen per Fragebogen (Flick 2010). Dafür generieren sie aber auch Daten und Erkenntnisse, die weniger der Interpretation bedürfen, als dies viele quantitativ gewonnene Daten tun.

Bei der Auswahl der zu untersuchenden Fälle ist nicht ihre Repräsentativität wichtig, sondern vielmehr ihre Relevanz für das Thema leitend (Flick 2010). Während quantitative Methoden statistische Repräsentativität anstreben, streben qualitative Methoden nach Generalisierbarkeit der Ergebnisse; also dass die Stichprobe inhaltlich zur Fragestellung passt (Merkens 2009).

Eine ideale oder geeignete Anzahl von Untersuchungseinheiten kann dabei schwer a priori festgelegt werden. Dies liegt daran, dass nicht von vorneherein klar sein kann, welche Interviewten sich als besonders fruchtbar für die Untersuchung erweisen (Strauss & Corbin 1996).

### **2.1.3. Interviews**

Durch ihre Möglichkeiten bieten qualitative Interviews die Möglichkeit handlungstheoretische Fragestellung in Soziologie und Psychologie zu verfolgen und dass die Sichtweisen der Befragten am ehesten zur Geltung kommen (Witzel 1985; Hopf 2009; Kohli 1978 nach Hopf 2009). Hinsichtlich der Fragestellung dieser Arbeit erschien für diese Untersuchung ein problemzentriertes Interview mit teilstandardisiertem Leitfaden die günstigste Strategie zu sein. Auf diese Weise sollte eine ausreichende Informationsgewinnung sowie Strukturierung des Interviews möglich werden, ohne den Befragten inhaltlich einzuschränken. Dies deckt sich auch mit der ‚Vorgabe‘ von Strauss und Corbin (1996), dass Interviews nicht zu streng strukturiert werden sollten. Es sollte immer ausreichend Raum für das Auftauchen neuer, möglicherweise relevanter Konzepte gegeben werden. Restriktive Vorgaben können den Weg zur Sicht des Befragten nämlich eher verstellen, als ihn zu eröffnen. Somit sollte der Leitfaden eher der Orientierung und als Gerüst dienen und nicht sklavisch abgearbeitet werden (Mayer 2009).

Der Leitfaden war dabei nicht nur relativ weit offen, sondern auch narrativ angelegt. Das heißt, die Interviewten sollten zunächst erzählen, wie sie dazu gekommen waren, sich für das Krankenhaus zu entscheiden bzw. wie der Weg aussah, der sie letztlich in das Krankenhaus geführt hatte. Darauf folgend wurden die Leitfadenfragen gestellt, sofern sie nicht schon im Rahmen der Erzählung beantwortet worden waren.

Für die Auswertung der Interviews wurde die zusammenfassende Inhaltsanalyse gewählt. Diese Auswertungsmethode eignet sich für reduktive und an der Klassifikation von Inhalten

orientierte Auswertung großer Informationsmengen, da die schematische Aufarbeitung helfen soll, das Material übersichtlicher und eindeutiger zu machen. Die zusammenfassende qualitative Inhaltsanalyse erweist sich dann als besonders sinn- und wertvoll, wenn primär Interesse am Inhalt des Interview-Materials gegeben ist (Mayring 2003; Flick 2010).

## **2.2. Quantitative Sozialforschung**

### **2.2.1. Bedeutung quantitativer Sozialforschung**

Ziel sozialwissenschaftlicher Arbeit ist die Erklärung beziehungsweise Prognose von sozialen Ereignissen oder Phänomenen (Schnell, Hill & Esser 2008). Nach dem Paradigma der quantitativen Forschung soll die kulturell und sozial geschaffene Wirklichkeit erklärt werden, indem überindividuelle Strukturen und Regeln aufgedeckt werden. Um dies zu schaffen, werden soziale Gegebenheiten über die Operationalisierung messbar gemacht und dann statistisch analysiert (Raithel 2008). Das heißt, dass sich die empirische Arbeit nach dem Paradigma der quantitativen Forschung im Wesentlichen darauf konzentriert Hypothesen und Theorien zu überprüfen (Schnell et al 2008). Dies ist auch das Ziel des zweiten Teils dieser Untersuchung: Mittels der Fragebogenerhebung und ihrer statistischen Auswertung sollen die aus der Theorie und den Interviews abgeleiteten Hypothesen geprüft werden.

Entscheidend für die Anwendung quantitativer Methoden ist die Operationalisierung, also die Zerlegung komplexer Zusammenhänge in einzelne Variablen, um sie messbar zu machen. Anhand dieser Variablen werden dann die Hypothesen überprüft und gegebenenfalls falsifiziert. Dies kann zu einer Erweiterung oder Änderung der Hypothesen führen, die dann aber wiederum von neuem geprüft werden müssen (Flick 2010). Ziel ist die „Konstruktion eines objektiv nachprüfaren theoretischen Modells der Realität“ (Friedrichs 1973, S. 14 nach Schnell et al 2008, S. 7).

### **2.2.2. Repräsentativität**

Die Untersuchungsobjekte einer Stichprobe sollen idealerweise in ihrer Gesamtheit möglichst repräsentativ für das zu untersuchende Feld sein, um aus den Ergebnissen Rückschlüsse auf die Gesamtheit ziehen zu können.

Die Stichprobe für die Fragebogenuntersuchung wurde gebildet, indem zunächst über die Forschungsgruppe Metrik<sup>1</sup> Kontakt zu potentiellen Krankenhäusern für die Teilnahme an der Untersuchung hergestellt wurde. An diesen Häusern wurden dann zu mehreren Zeitpunkten Klumpenstichproben gezogen (Bortz, Döring 2006; Kromrey 2009) bzw. in einem bestimmten Zeitraum Vollerhebungen durchgeführt. Da die Auswahl der Krankenhäuser für die Studie

---

<sup>1</sup> Die Forschungsgruppe Metrik ist ein unabhängiger Dienstleister, der seit 1998 im Gesundheitswesen kommerziell Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchführt und mit über 700 Einrichtungen zusammengearbeitet hat (Homepage der Forschungsgruppe Metrik 2017). Zum Beginn dieser Untersuchung war der Autor noch freier Mitarbeiter der Forschungsgruppe Metrik, die ihm die Chance anbot, eigenverantwortlich ein eigenes Projekt durchzuführen.

relativ willkürlich und weder zufällig noch bewusst nach einem Quotenplan erfolgte (Diekmann 2010; Bortz & Schuster 2010), kann nicht von einer echten Zufallsstichprobe und somit streng genommen nicht von einer Repräsentativität der Stichprobe für die Grundgesamtheit der deutschen Erkrankten ausgegangen werden, auch wenn vor Ort Klumpenstichproben gezogen wurden.

Es gehen über 600 Befragte in die statistische Auswertung ein, was die Stichprobe entsprechend des zentralen Grenzwerttheorems (Döring & Bortz 2016) relativ robust gegen mögliche Verzerrungen macht. Doch kann nicht garantiert werden, dass es bei der Auswahl der Befragten nicht doch unbeabsichtigt und unbemerkt zu systematischen Verzerrungen gekommen ist. Dass die Stichprobe ein korrektes verkleinertes Abbild der Grundgesamtheit – nämlich Menschen, die sich für eine Behandlung für ein Krankenhaus entscheiden müssen – darstellt, wurde durch die Wahl unterschiedlicher Krankenhäuser zwar angestrebt, kann aber nicht garantiert werden (Friedrichs 1982 nach Kromrey 2009, Bortz, Döring 2006, Schnell, Hill & Esser 2008, Raithel 2008, Kaya & Himme 2009, Kromrey 2009).

### **2.2.3. Quantitatives Forschungsdesign**

Die quantitativen Befragungen fanden mittels Fragebögen statt, da diese es erlauben „in ökonomischer Form große Gruppen von Personen zu untersuchen“ (Kallus 2010, S. 128, Diekmann 2010).

Diese Untersuchung weist ein ex-post-facto-Design auf. Das bedeutet, dass versucht wird, die soziale Realität nachträglich zu ordnen, allerdings ohne dass dazu experimentelle Kontrolltechniken eingesetzt werden können. Die unabhängigen und abhängigen Variablen wurden erst im Nachgang zu der von den Befragten getroffenen Entscheidung für ein Krankenhaus mittels einer Befragung erfasst. Somit sind sie nicht nur von der Ehrlichkeit, sondern auch von der Erinnerung der Befragten abhängig (Kerlinger 1979 nach Schnell et al 2008).

Was das quantitative Forschungsdesign anbelangt, so hätte sich für die Fragestellung dieser Untersuchung idealerweise ein breites, über viele Jahre oder Jahrzehnte angelegtes Panel angeboten, in dem die gleichen Personen über einen längeren Zeitraum begleitet werden. So hätte nicht nur untersucht werden können, welche Informationen sie sich zielgerichtet für ihre Behandlung besorgt haben, sondern auch, welche Informationen ihnen auf sonstige Weise zur Verfügung standen. Das heißt, welche Informationen ihnen als Vorwissen schon vor der Erkrankung bzw. Diagnose zur Verfügung standen und somit eine weitere Informationssuche nicht notwendig gemacht hätten. Eine solche Befragung hätte auch in

eine andere, größere Befragung eingebettet sein sollen, um keinen Anreiz dazu zu setzen, sich durch die Untersuchung angeregt zu informieren, also das Feld durch die Messung zu beeinflussen. Gleichzeitig hätte man mit den nicht behandlungswürdig werdenden Befragten des Panels eine gute Kontrollgruppe. Allerdings ist dies forschungspraktisch kaum umzusetzen, da es einen enormen Aufwand bedeuten würde. Die Wahl des Untersuchungsdesigns hängt somit also nicht ausschließlich daran, die größtmögliche Datengüte und -qualität zu erzielen. Vielmehr haben sich Kosten-, Zeit- und Zugangsrestriktionen sowie die allgemeine Durchführbarkeit dieser Studie erheblich auf die letztendliche Wahl eines Erhebungsverfahrens ausgewirkt (Kaya 2009). Für tiefer gehende Informationen und Einsichten wären gegebenenfalls doch eher qualitative Methoden oder Experimentaldesigns die bessere Wahl.

### **2.3. Kombination qualitativer und quantitativer Methoden**

Der Streit um bzw. zwischen qualitative und quantitative Methoden – primär aufgrund ihrer konträren Paradigmen – ist vor allem ein akademischer Streit. Denn wie die Forschungspraxis zeigt, werden oft beide Methoden sehr erfolgreich miteinander kombiniert. Tatsächlich bereitet die Kombination beider Methoden nicht nur keine großen forschungspraktischen Probleme, sondern erweist sich vielmehr als empirisch äußerst fruchtbar und theoretisch stimulierend. Zudem lässt sich damit Methodenproblemen bzw. -schwächen und Validitätsbedrohungen begegnen (Kelle 2008). Außerdem hat sich an vielen Beispielen der Forschungspraxis gezeigt, dass sowohl qualitative als auch quantitative Methoden ihre Berechtigung haben und teils sogar miteinander kombiniert werden müssen, um gute, verlässliche Ergebnisse zu erzielen. Qualitative und quantitative Ansätze ergänzen sich eher gegenseitig, als miteinander zu konkurrieren: „Jeder liefert eine Art von Information, die sich nicht nur von der anderen unterscheidet, sondern auch für deren Verständnis wichtig ist. [...] Die Anwendung einer bestimmten Methode [...] muss von der Eigenart des jeweiligen Forschungsproblems ausgehen“ (Wilson 1982, S. 502 nach Flick 2010, S. 53, Kelle 2008, Kelle & Erzberger 2009). Quantitative Verfahren benötigen die qualitativen Methoden zur Erklärung der Zusammenhänge (Kleining 1982 nach Flick 2010). Ebenso wie die qualitativen Verfahren auf die quantitativen Untersuchungen angewiesen sind, wenn es beispielsweise um die Frage der Geltungsbereichsweite oder verborgene, aber dennoch vorhandene Einflüsse auf der Meso- bis Makroebene geht.

Umso größer in einem Zusammenhang auch die Spielräume von Akteuren sind und je flexibler die sich daraus ergebenden Strukturen, desto schwieriger wird die Identifikation typischer Handlungsmuster anhand nur weniger Fälle. Dies hat zur Folge, dass „eine explorative Forschungsstrategie, die auf Identifikation bislang unbekannter Strukturen und Regeln mittlerer Reichweite zielt, eine heterogene empirische Verteilung dieser Strukturen in Rechnung stellen muss und auf Verfahren angewiesen ist, mit deren Hilfe eine solche Heterogenität empirisch erfassbar wird“ (Kelle 2008, S. 141). Die beschränkten Informationen aus Interviews mit wenigen Personen können ausreichen, um Handlungserklärungen zu finden. Allerdings sind Schlussfolgerungen aus einer so kleinen Datenbasis recht hypothetisch und damit mehr oder weniger riskant. Dies gilt umso mehr bei sehr heterogenen Untersuchungsfeldern.

Mit qualitativen Methoden können gut Akteurstypen und kausale Pfade entdeckt werden, ebenso wie Handlungsorientierungen und Handlungsregeln. Sie können schwer interpretierbare Zusammenhänge verständlich machen und helfen neue, wichtige Variablen zu entdecken. Jedoch eignen sich qualitative Methoden aus forschungspragmatischen Gründen nur für vergleichsweise kleine Stichproben. Um die Reichweite der qualitativ

gewonnen Ergebnisse stichhaltig zu prüfen, sind dann die Instrumente der quantitativen Sozialforschung gefragt:

„So könnte die faktische Erklärungskraft von in qualitativen Untersuchungen entwickelten Erklärungen und Variablen durch eine anschließende umfangreiche quantitative Studie geprüft werden, indem erstens untersucht wird, wie häufig die im qualitativen Material beschriebenen kausalen Pfade in einer wesentlich größeren Stichprobe realisiert werden und ob diese zweitens mit den betrachteten Handlungen dort tatsächlich korrelieren“ (Kelle 2008, S. 240).

Somit müsste also eher von einer Überprüfung der Geltungsreichweite qualitativer Befunde gesprochen werden, als von einer Hypothesenprüfung im eigentlichen Sinne.

Jedoch sind qualitative Untersuchungen auch für die quantitative Forschung wichtig und richtig: Denn auf diese Weise lassen sich sowohl Stör- und Drittvariablen, wie auch Artefakte identifizieren, die die Ergebnisse sonst verzerren würden. Zudem stellen Nachfragen in Interviews oft die einzige Möglichkeit dar, herauszufinden, ob beispielsweise sozial erwünschtes Antwortverhalten gegeben ist. Außerdem stößt das hypothetiko-deduktive Modell quantitativer Sozialforschung auf Grenzen, wenn aus den allgemeinen Theorien oder kulturspezifischen Wissensbeständen noch keine empirisch gehaltvollen Hypothesen abgeleitet werden können, zum Beispiel da das Feld noch nicht ausreichend aufgeschlossen wurde (Kelle 2008, Kelle & Erzberger 2009).

Quantitative Methoden hingegen eignen sich hervorragend dazu, Variationen von Handlungsmustern auf der Makroebene zu untersuchen. Zudem liefern sie auch Anhaltspunkte zu partiellen und schwachen Kausaleinflüssen, indem einzelne Bedingungen aus einem komplexen Bedingungsgefüge isoliert und ihr Einfluss quantifiziert werden können. Dadurch wird auch der Einfluss verschiedener Faktoren berücksichtigt, die zwar einen Einfluss nehmen, aber Handlungen nicht determinieren oder überproportional stark beeinflussen. Es können auch Zusammenhänge aufgewiesen werden, die von den Befragten selbst gar nicht bewusst wahrgenommen und somit auch nicht angegeben werden können. Nicht zuletzt liefern quantitative Methoden die Möglichkeit zur Untersuchung – und damit zur Verifikation oder Falsifikation von Hypothesen oder auch der Reichweitenprüfung – qualitativ gewonnener Erkenntnisse (Kelle 2008, Kelle & Erzberger 2009).

Somit können „Verfahren aus beiden Methodentraditionen [...] in einer methodenintegrativen Sozialforschung jeweils unterschiedliche und komplementäre Aufgaben erfüllen“ (Kelle 2008, S. 282). So ist es nicht verwunderlich, dass in der Praxis bereits seit den 1980er Jahren ein Trend zu Mixed Methods feststellbar ist. Denn „ein integratives methodologisches Programm vermeidet [...] die Mängel des hypothetiko-deduktiven und des induktivistischen Ablaufmodells sozialwissenschaftlicher Forschung, indem es berücksichtigt, dass im



gesamten Untersuchungsprozess sowohl Methodologien der Theorieprüfung als auch Methodologien empirisch begründeter Theoriebildung benötigt werden“ (Kelle 2008, S. 282). Allerdings sind die methodologischen Probleme der Kombination von qualitativer und quantitativer Forschung noch nicht zufriedenstellend gelöst. Dies mag vor allem daran liegen, dass die der quantitativen oder experimentellen Forschung zugrundeliegende Logik nur sehr begrenzt mit derjenigen qualitativer Forschung vereinbar ist und zudem noch kein ausformuliertes methodologisches Programm geschaffen werden konnte (Kelle 2008, Kelle & Erzberger 2009, Flick 2010).

Die bekannteste, am breitesten verwendete und auch am wenigsten umstrittene Kombinationsmöglichkeit qualitativer und quantitativer Methoden besteht darin, dass Kategorien und theoretische Aussagen mittels qualitativer Verfahren entwickelt und anschließend mittels einer quantitativen Untersuchung auf ihre Verallgemeinerbarkeit überprüft werden. Das bedeutet, dass in einer qualitativen Untersuchung zunächst die relevanten Variablen identifiziert, Konzepte auf empirischer Grundlage operationalisiert, sowie Messinstrumente und gehaltvolle Hypothesen entwickelt werden. Anschließend werden diese Konzepte, Variablen und Messinstrumente mit quantitativen Verfahren bei einem größeren Sampling auf ihre Geltungsgrenzen untersucht und die entwickelten theoretischen Annahmen und Handlungserklärungen geprüft. Dabei werden genau genommen selten die Methoden tatsächlich ‚kombiniert‘, sondern vielmehr in der Regel getrennte qualitative und quantitative Erhebungs- und Auswertungsschritte durchgeführt und dann aufeinander bezogen. Diese Methodenkopplung entspricht auch dem Vorgehen in dieser Untersuchung.

Bei dieser Vorgehensweise muss berücksichtigt werden, dass die qualitative Vorstudie keineswegs unsystematisch sein sollte, da hierbei viel ihres Potentials verschenkt würde. Dies wäre nicht nur wegen der suboptimalen Ergebnisse problematisch, sondern auch forschungspragmatisch wegen des Aufwands einer methodisch kontrollierten und systematischen Erhebung. Die benötigten Ressourcen für eine qualitative Vorstudie überschreiten in der Regel diejenigen der quantitativen Phase. Des Weiteren muss darauf geachtet werden, dass die qualitative und quantitative Untersuchung jeweils den gleichen Gegenstandsbereich untersuchen. Zudem darf nicht vergessen werden, dass es bei der quantitativen Untersuchung streng genommen nicht um die Verifikation oder Falsifikation qualitativ generierter Hypothesen geht, sondern um die Bestimmung ihrer Reichweite und Verallgemeinerbarkeit!

Das methodische Vorgehen in dieser Arbeit lässt sich eher mit dem Triangulations- als dem Phasenmodell fassen: Die beiden Untersuchungsschritte sollen zur gegenseitigen Validierung dienen (Kelle & Erzberger 2009). Das heißt, dass die qualitative Erhebung als vollwertige Teilstudie und nicht nur als bloße Vorstudie betrachtet wird. Damit verbunden ist

die Hoffnung, jeweilige methodische Schwächen ausgleichen zu können, sowie breitere Erkenntnisse zu gewinnen und ein gut abgesichertes Ergebnis zu erhalten (Lamnek 2010).

## 2.4. Exkurs: Satisfizierer vs. Maximierer

Hätte ein Entscheider unendlich Zeit und würde über alle Informationen verfügen, könnte er eine ‚perfekte‘ Entscheidung treffen. In der Realität haben Entscheider jedoch nur begrenzte Ressourcen, begrenzte Informationen und begrenzte Zeit, um Entscheidungen zu treffen.

Doch selbst wenn das nicht so wäre, würde sich die Frage stellen, ob der betriebene Aufwand das Ergebnis rechtfertigt, oder ob – in Hinsicht auf Opportunitätskosten – die aufgewendeten Ressourcen nicht anderweitig hätten sinnvoller und ertragreicher eingesetzt werden können. Es geht also darum, in begrenzter Zeit und mit begrenzten Ressourcen eine Entscheidung zu treffen, die befriedigende, zufriedenstellende Konsequenzen nach sich zieht (Simon 1955, Schwartz et al 2002). Dies ist eine Stärke von Heuristiken: „Unlike statistical optimization procedures, heuristics do not try to optimize (i.e., find the best solution), but rather satisfice (i.e., find a good-enough solution)” (Gigerenzer 2008, S. 20).

Dies ist der eine Faktor, der gegen das unbedingte Maximieren des Outcomes einer Entscheidung spricht. Der zweite ist eher sozialer als kognitiver Natur:

„Compensatory payoff structures characterize many social encounters [...]. A victory for one party is a defeat for another. As a consequence, interpersonal (or intergroup, interparty) compensation creates competition about restricted resources. Social rationality must therefore be sensitive to communities' joint interests. If individuals have internalized this wisdom and refrain from maximizing solely their personal profit, this may appear irrational from an individual perspective but fully rational from a social-rationality point of view” (Fiedler & Wänke 2013, S. 506).

So kann auch das wirtschaftswissenschaftstheoretisch betrachtet unsinnige Ablehnen eines niedrigen Betrags beim Ultimatum-Spiel – selbst bei einmaligem Spielen! – mittel- bis langfristig betrachtet sinnvoll sein, wenn es darum geht, ein Individuum für zukünftige Situationen zu sozialem Handeln zu sozialisieren.

### 3. Forschungsethik

Dass Forschung ethischen Grundsätzen gehorchen muss, gilt nicht nur für Experimente sondern auch für Beobachtungen und Befragungen. So wie ein Proband in einem Experiment physischen oder psychischen Schaden erleiden kann, kann ein Verstoß gegen das Prinzip der Anonymität von Befragten schwerwiegende Konsequenzen nach sich ziehen. Manche Untersuchungsthemen berühren in erheblichem Ausmaß die Privatsphäre des Befragten, die in Deutschland nicht zuletzt durch das Grundgesetz geschützt ist (Bortz & Döring 2006). Daher gibt es ethische Richtlinien, an die sich jeder Forscher zu halten hat. So muss sichergestellt werden, dass Probanden durch die Untersuchung nicht geschädigt werden. So verlangt beispielsweise der Ethikkodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie und der Berufsverband Deutscher Soziologen das Prinzip der Nicht-Schädigung: Beobachtete oder Befragte dürfen keinen Nachteilen oder Risiken ausgesetzt werden, die über die des normalen Alltags hinausgehen (Deutsche Gesellschaft für Soziologie 2014). Und auch der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen sowie die Deutsche Gesellschaft für Psychologie haben ethische Richtlinien erlassen (Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen 2016).

Murphy und Dingwall (2001) diskutieren in ihrer ethischen Theorie vier Punkte:

*"Nicht-Schädigung* - Forscher sollten eine Beschädigung der Teilnehmer vermeiden.

*Nutzen* - Forschung an menschlichen Subjekten sollte einen positiven und identifizierbaren Nutzen haben, statt nur um ihrer selbst willen durchgeführt zu werden.

*Autonomie bzw. Selbstbestimmung* - die Werte und Entscheidungen der an Forschung Teilnehmenden sollte respektiert werden.

*Gerechtigkeit* - alle Menschen sollten gleich behandelt werden." (Murphy & Dingwall 2001, S. 339).

Besonders wichtig ist dabei die *Nicht-Schädigung*, die natürlich auch unbeabsichtigt erfolgen kann. Im Rahmen dieser Studie werden die Befragten mit ihrer gesundheitlichen Situation und ihrer möglicherweise sehr schweren Krankheit konfrontiert. Dies bedeutet, dass sie eventuell starkem Stress ausgesetzt werden oder sich möglicherweise durch die emotionale, psychische Belastung eine persönliche Krise ergeben kann (Bortz & Döring 2006, Flick 2010). Zum Zeitpunkt der Befragungen waren die Teilnehmer bereits in einer Umgebung, in der sie ohnehin sehr stark mit ihrer Situation konfrontiert sind, nämlich der stationär laufenden Behandlung ihrer Erkrankung oder Verletzung. Um eine zusätzliche Belastung zu vermeiden, wurde den Befragten klar gemacht, dass sie an der Befragung absolut freiwillig teilnehmen und eine Nichtteilnahme auch keinerlei Konsequenzen für sie habe. Sie wurden

zudem darauf hingewiesen, dass sie die Befragung jederzeit abbrechen oder Teile auslassen können, wenn sie sich unwohl fühlen sollten.

Hinsichtlich des *Nutzens* dieser Untersuchung ist zu sagen, dass sie einerseits der Forschung darüber dient, wie bzw. auf Basis welcher Informationen Menschen Entscheidungen treffen. Dabei werden real getroffene Entscheidungen untersucht, die potentiell (über)lebenswichtige Auswirkungen haben können. Andererseits sollen – idealerweise! – Möglichkeiten identifiziert werden, wie zukünftig zu Behandelnde sich besser und einfacher über Krankenhäuser informieren können. Daraus soll sich ein Nutzen für die individuelle Behandlungsqualität ergeben.

Die *Selbstbestimmung* der Befragten wurde sichergestellt, indem sie über den Zweck der Befragung im Vorfeld der Interviews und der Fragebogenerhebung aufgeklärt wurden. Daran anschließend konnten sie freiwillig entscheiden, ob sie an der Studie teilnehmen wollten oder nicht. Die Teilnahme an den Interviews oder der Befragung war an keine Bedingungen geknüpft, die für die Befragten einen Vor- oder Nachteil bedeutet hätten, und es wurde kein Druck auf die Befragten ausgeübt. Zudem wurde Ihnen explizit freigestellt Fragen auszulassen, die sie nicht beantworten können oder wollen.

Ein weiterer wichtiger Aspekt ist der Schutz der Daten der Interviewten und der Befragten. Da in dieser Studie mit sensiblen und in die Intim- und Privatsphäre gehenden Daten gearbeitet wird, ist die Anonymität von enormer Bedeutung. Die Teilnehmer müssen die Sicherheit haben, dass ihre Angaben streng vertraulich behandelt werden. Nur dieses Vertrauen kann dazu führen, ehrliche und offene Antworten zu erhalten. Die Interviews und Befragungen wurden daher anonym durchgeführt. Aufgrund der Anonymität der Datenerhebung konnte den Befragten leider keine nachträgliche Ablehnung der Verwendung der erhobenen Daten durch die Befragten eingeräumt werden<sup>2</sup>.

Die Mitschnitte der Interviews liegen ausschließlich dem Autor dieser Studie vor und werden auf zwei verschiedenen, verschlüsselten Festplatten gespeichert<sup>3</sup>. Es ist geplant die aufgezeichneten Interviews zehn Jahre nach Abschluss des Promotionsvorhabens zu löschen. Die Daten der Fragebogenerhebung wurden von der Forschungsgruppe Metrik technisch eingelesen und dem Autor weitergeleitet. Auch sie sind nicht öffentlich zugänglich

---

<sup>2</sup> Dabei erwiesen sich die Patienten sowohl bei der Durchführung der Interviews, als auch bei der Erhebung mittels Fragebogen als sehr kooperativ und mitteilsam sowie ‚unaufgeregt‘ hinsichtlich ihrer Anonymität und möglicher Belange ihrer Privat- und Intimsphäre. Ob dies überdauernde persönliche Merkmale sind oder auch dem Befragungsumfeld im Krankenhaus geschuldet sein könnte, in dem sehr offen mit unterschiedlichen privaten und intimen Belangen umgegangen wird, lässt sich an dieser Stelle nicht beantworten. Möglich wäre auch ein allgemeines Vertrauen darin, dass Forschung wichtig und nicht schädigend ist, oder einfach die Hilfsbereitschaft gegenüber dem Forschenden.

<sup>3</sup> Die Verteilung der Daten auf zwei Festplatten dient der Sicherung gegen Datenverlust. Dies erwies sich im Forschungsprozess bereits als unabdingbar, als nämlich ein technischer Defekt an einer Festplatte dazu führte, dass sie nicht mehr genutzt werden konnte und sämtliche darauf gespeicherte Arbeit verloren ging.

und beim Autor auf zwei verschiedenen, verschlüsselten Festplatten gespeichert. Sie werden ebenfalls zehn Jahre nach dem Abschluss des Promotionsvorhabens zusammen mit den Interviewaufzeichnungen gelöscht. Die Frist von zehn Jahren dient der Überprüfbarkeit der hier erhobenen und verwendeten Daten.

## 4. Forschungsstand

Der Stand der Forschung ist nicht nur dann wichtig, wenn man Hypothesen aufstellen und anschließend prüfen möchte. Der aktuelle Stand der Forschung ist auch insofern wichtig, als Kontextwissen erarbeitet und der Forschungsgegenstand erschlossen wird (Kapitel 2.1.1.). Somit muss auch bei einer (zunächst) explorativen Analyse der Entscheidung für ein Krankenhaus der bisherige Stand der Forschung natürlich berücksichtigt werden.

De Boer, Delnoij und Rademakers (2013) zeigen auf, dass die patienten-zentrierte Pflege verschiedenen Patientengruppen wichtig ist. Vergleichsweise häufig wird daher wohl auch untersucht, was Patienten wichtig ist, bei den Krankenhäusern in denen sie sich behandeln lassen (u.a. Wensing, Jung, Mainz, Olesen & Grol 1998, Wessels et al 2009). Dabei steht oft der Ansatz im Vordergrund, die medizinische Versorgung bzw. Pflege zu verbessern. Unklar dabei bleibt, wie diese Erkenntnisse dazu führen sollen, dass sich die Patienten besser informieren können sollen. Zudem bedeutet die Bildung einer Rangfolge nach Wichtigkeit von vorgegebenen Informationen nicht auch, dass die Patienten diese Informationen tatsächlich einholen oder sie überhaupt frei zugänglich verfügbar sind. Insofern stoßen solche experimentellen Designs in der Realität schnell an ihre Grenzen.

„There is limited evidence about how patients respond to hospital choice policies, the factors that inform and influence patient choices or how relevant these policies are to cancer patients“ (Aggarwal, Bernays, Payne, van der Meulen & Davis 2018, S. e67). Dies trifft nicht nur auf Krebspatienten sondern auch auf praktisch alle anderen Patienten zu. Tatsächlich gibt es zwar einige Studien dazu, wie Patienten ihre Entscheidung darüber treffen, welches Krankenhaus sie sich für eine elektive Behandlung auswählen, wo sie sich informieren und welche Informationen ihnen wichtig sind. Allerdings beschäftigen sich diese Studien zumeist mit Teilbereichen der Medizin oder nur bestimmten Gruppen (u.a. Basu 2005, Schwartz, Woloshin & Birkmeyer 2005, Basu & Friedman 2007, Streuf et al 2007, Wilson, Woloshin & Schwartz 2007, Woloshin & Schwartz 2007, Escarce & Kapur 2009, Greuter & Weber 2009, de Cruppé & Geraedts 2011, Bosco, Halpenny & Berry 2012, Blake & Clarke 2017). Diese Einschränkung diene wohl auch dazu, die Grundgesamtheit überschaubar bzw. den Forschungsaufwand der verschiedenen Studien in Grenzen zu halten. Wahrscheinlich entspricht die Auswahl dem für die Autoren jeweils verfügbaren Untersuchungsfeld.

Hinzu kommt, dass die Studien in unterschiedlichen Ländern mit jeweils unterschiedlich aufgebauten Gesundheitssystemen und unterschiedlichen Zugängen zu Krankenhäusern durchgeführt wurden. Zwar wird allgemein angenommen, dass sich die Patienten weitgehend vergleichbar verhalten, jedoch unterscheiden sich die Rahmenbedingungen und Strukturen teils so stark, dass diese Annahme mit Vorsicht zu genießen ist.

Baker, Bundorf und Kessler (2016) zeigen, dass der Einfluss der Ärzte auf die Krankenhauswahl nicht zu unterschätzen ist. So steigt die Wahrscheinlichkeit, dass ein Patient ein Krankenhaus wählt, wenn ihr behandelnder Arzt zu dem Krankenhaus zugehörig ist. Dies trifft auch dann zu, wenn es sich um ein teures Krankenhaus niedriger Qualität handelt. Eine finanzielle Rahmenbedingung bzw. ein finanzieller Anreiz, der wohl eher in den USA und vergleichbaren Gesundheitssystemen relevant sein dürfte, als in Systemen wie dem Deutschen, in dem nach diagnosebezogenen Fallpauschalen abgerechnet wird.

Zwar gibt es einige Studien und Metastudien (Petersen, Knudsen & Vinter 2015) dazu, welche Informationen von Patienten als besonders wichtig eingeschätzt werden, doch wird nicht untersucht, welche dieser Informationen von den Patienten vorab eingeholt werden, um eine Behandlung auf Basis dieser Informationen zu beginnen bzw. darauf basierend ein Krankenhaus für ihre Behandlung zu wählen.



#### **4.1. (Mit-)Entscheidung des Patienten bei der Krankenhauswahl**

Allgemein lässt sich feststellen, dass die Patienten bei der Wahl des Krankenhauses mitentscheiden wollen (de Cruppé & Geraedts 2011) und dies auch politisch und gesellschaftlich so gewollt ist (Loh & Härter 2009). Dabei lassen sich jedoch auch unterschiedliche Ausprägungen des Willens zur Einbeziehung bei der Krankenhauswahl feststellen. So finden Coulter und Jenkinson (2005), dass Spanier und Polen eher zu einem paternalistischen Einweisungssystem neigen, ihnen also die Entscheidung vom behandelnden Arzt weitgehend abgenommen wird. Schweden, Slowenen, Italiener und Patienten aus dem United Kingdom bilden eine Gruppe mit mittelstarkem Mitentscheidungswunsch. Schweizer und Deutsche geben einen starken Wunsch nach Mitbestimmung an (Coulter 2004, Coulter & Jenkinson 2005).

Die Mitentscheidung der Patienten wird als wichtiger Teil der Patientenautonomie betrachtet (Härter, Loh & Spies 2005 nach de Cruppé & Geraedts 2011), im Rahmen derer auch die Wünsche, Erfahrungen und Erwartungen des Patienten Berücksichtigung erfahren sollen. Die Mitentscheidung des Patienten bei seiner Behandlung sollte seine Selbstwirksamkeitserwartung fördern, da dies sein Denken und Handeln, seine Zielsetzung, sowie Ausdauer und Anstrengung beeinflusst. Es zeigt sich, dass selbstwirksame Personen in der Lage sind, Schmerzen besser zu ertragen. Dies konnte bei Arthritispatienten, Patienten mit Erkrankungen der Atemwege und in der Herzinfarkt-rehabilitation nachgewiesen werden (Hohmann & Schwarzer 2009). Die Überzeugung selbst die Kontrolle über sich zu haben wirkt sich hinsichtlich der Gesundheit positiv aus, da in erhöhtem Maß gesundheitsförderliches Verhalten gezeigt wird. Allerdings können Patienten mit hoher internaler Kontrollüberzeugung von Ärzten auch als wenig kooperativ eingeschätzt werden. Bei hoher sozial-externaler Überzeugung werden ärztliche Anweisungen mit höherer Wahrscheinlichkeit befolgt (Weber & Salewski 2009). Diese Erkenntnis findet sich wieder im Patienten-zentrierten Behandlungsansatz: Durch diesen Ansatz wird die Compliance des Patienten verbessert und ein besserer Behandlungserfolg erzielt (Berwick 2009). Doch „als Voraussetzung für die Beteiligung der Patienten gelten unabhängige, relevante, öffentlich frei zugängliche Informationen über Behandlungsoptionen und Leistungsanbieter“ (de Cruppé & Geraedts 2011, S. 951). Zudem müssen wohl auch die individuellen Eigenschaften und Eigenheiten der Patienten mit in Betracht gezogen werden. So untersuchten Rademakers, Delnoij, Nijman & de Boer (2012) die Unterschiede zwischen höher und weniger hoch gebildeten Patienten hinsichtlich deren Präferenz in der patientenzentrierten Behandlung: „Less educated patients might receive ‘too much’, and more highly educated patients ‘too

little' in the domains of communication, information and shared decision making“ (Rademakers et al 2012, S. 1).

Es kann gezeigt werden, dass die Patientenzufriedenheit einer der wichtigsten Indikatoren für die Qualität der Behandlung von Patienten darstellt bzw. wie Patientenzufriedenheit gut zu messen ist (Lis, Rodeghier & Gupta 2009, Sixma, Kerssens, Campen & Peters 1998, Tzelepis et al 2014). So machen Doyle, Lennox und Bell (2013) in ihrer Metastudie deutlich, dass es einen Zusammenhang gibt, zwischen der Patientenerfahrung und dem selbst bewerteten wie auch dem objektiven Ergebnis der Behandlung. Sie leiten daraus ab, dass die Bewertung durch die Patienten ein zentraler Bewertungsmaßstab für die Qualität von Krankenhäusern sein sollte<sup>4</sup>. Price et al (2014) konnten in ihrer Metastudie zeigen, dass bessere Erfahrungen der Patienten auch mit einer besseren Beachtung von Präventions- und Behandlungsschritten, besseren klinischen Ergebnissen sowie höherer Patientensicherheit und einer niedrigeren Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen einhergeht. Jedoch stellt sich auch hier die Frage, inwieweit diese Bewertungen überhaupt zugänglich sind und für die Auswahl von oder Information über Krankenhäusern genutzt würden.

In der Literatur zeigt sich auch, wie schwierig und teils umständlich die Wahl eines Krankenhauses sein kann:

“Choice of a healthcare provider does not seem to be as straightforward a process as is sometimes assumed in health policy, i.e. that patients look for high-quality care while minimizing cost and ‘vote with their feet’ by choosing the provider that best fits their needs and preferences [...] As this review shows, whether and how patients choose a provider and their eventual choices are determined by the interplay between patient and provider characteristics. [...] Research indicates that patients do not generally choose actively [...]. Reasons are that a substantial proportion of patients do not find choice very important [...], that the degree of choice for some patients is limited [...] and that the available information is not enough or unsuitable to base decisions on [...]” (Victoor, Delnoij, Friele & Rademakers 2012, S. 11).

---

<sup>4</sup> Die Autoren empfehlen, dass Klinikärzte diese Patientenerfahrungen nicht als zu subjektiv oder launeabhängig abwerten sollten. Jedoch müsste beachtet werden, dass dies im Einzelfall durchaus zutreffen mag und nur eine hinreichend große Stichprobe auch verwertbare Informationen bringt. Zudem erscheint es nur logisch, dass Patienten zufrieden sind, wenn bei ihnen alles gut läuft, und sie sich eher dann beschweren, wenn dies nicht der Fall ist.

Zudem zeigt sich nach Lako und Rosenau (2009), dass die meisten Patienten sich nicht aktiv mit Informationen über Qualität und Ergebnisse beschäftigen, sondern überwiegend von ihrem Hausarzt in bestimmte Krankenhäuser eingewiesen werden<sup>5</sup>.

Angesichts dieser Befunde stellt sich die Frage, ob die Informationen für die Patienten überhaupt geeignet sind oder Patienten sie tatsächlich auch nutzen wollen. So wurde in der qualitativen Studie von Barnett, Ogden und Daniells (2008) gezeigt, dass Patienten es mehr zu schätzen wissen die Wahl zu haben, als sie auch treffen zu müssen. Bei einer Studie in den Niederlanden wurde festgestellt, dass ein Viertel der Patienten ihren Arzt entscheiden ließ, an welches Krankenhaus sie sich wenden sollen (Berendsen et al 2009). Das mag wohl auch daran liegen, dass für viele Patienten die zur Verfügung gestellten Informationen nicht geeignet waren: „many participants suggested that information provided by GPs was inadequate to inform consideration of their options. Information was considered to be inadequate, not necessarily because the information was unavailable, but because there was too much information to process and to consider” (Barnett et al 2008, S. 612). Dies führte dann auch dazu, dass sich die Patienten stärker auf ihren Arzt verlassen mussten.

Mit der Untersuchung hinsichtlich der Dauer vom Auftauchen erster Symptome und der Diagnose bis zum Behandlungsbeginn bei Krebspatienten haben Hansen, Vedsted, Sokolowski, Søndergaard & Olesen (2011) indirekt einen interessanten Punkt aufgeworfen: Inwieweit ist es überhaupt sinnvoll, dass sich Patienten zeitintensiv selbst über mögliche Behandlungsarten und -orte informieren sollen<sup>6</sup>?

---

<sup>5</sup> Ob eine tiefergehende Beschäftigung mit allen Informationen und Details aber tatsächlich auch zu besseren Entscheidungen führt, ist nicht unumstritten. So kann es durchaus sein, dass gerade bei schwerwiegenden, auf komplexen Informationen und Einflüssen beruhende Entscheidungen besser ausfallen, wenn weniger darüber nachgedacht wird: Der Deliberation-Without-Attention Effekt (Dijsterhuis, Bos, Nordgren & van Baaren 2006).

<sup>6</sup> Angesichts des Medians von 98 Tagen zwischen dem Auftreten der ersten Symptome und dem Behandlungsbeginn, stellt sich aber die Frage, ob ein paar Tage zur Recherche so stark ins Gewicht fallen würden, dass es die verbesserte Einbindung und dadurch verbesserte Behandlung des Patienten übersteigen würde. Vor allem wenn einfach verfügbare Informationsquellen zur Verfügung stünden, die auch allgemeinverständlich sind und einen guten Vergleich zwischen Krankenhäusern bzw. deren Abteilungen (z.B. Kardiologie, Orthopädie, Onkologie etc.) ermöglichen.

## 4.2. Informationswünsche der Patienten

Hinsichtlich dessen, worüber sich Patienten Informationen wünschen, haben Edgman-Levitan und Cleary (1996) im Zusammenschnitt mehrerer Studien folgendes zusammengefasst:

„First, consumers say that they would use information on how a plan works, what it costs, the covered benefits, the quality of care, and overall satisfaction with care if it were available. They seem to be most interested in information about costs of coverage, technical competence, the information and communication provided by physicians, coordination of care, and access. When it comes to sources of information, consumers show two distinct preferences. Perhaps not surprisingly, they want an unbiased, expert source of judgment about health care quality. However, consumers want to know how others ‘like them’ evaluate care and many trust the evaluations of family members and friends more than any other source of data, including “expert” opinion” (Edgman-Levitan & Cleary 1996, S. 44f).

Gerade hinsichtlich des finanziellen Aspekts ist darauf hinzuweisen, dass die Daten und Erkenntnisse aus dem amerikanischen Gesundheitswesen stammen. Dies trifft auch zu für die Ergebnisse der Fokusgruppenuntersuchungen von Sofaer, Crofton, Goldstein, Hoy & Crabb (2005): Von den Studienteilnehmern wurde die Kommunikation mit den Ärzten, Pflegekräften und Mitarbeitern des Krankenhauses, als besonders wichtig angesehen. Ein Zeichen für eine gute Kommunikation seien Respekt, Anteilnahme und Freundlichkeit, ebenso wie genügend Zeit mit den Patienten zu verbringen, ihnen in beängstigenden Situationen Mut zu machen und sie so weit in die Entscheidungen miteinzubeziehen, wie diese es wünschen (Sofaer et al 2005, Vonberg, Sanders & Gastmeier 2008)<sup>7</sup>. Die Untersuchungen von Edgman-Levitan und Cleary (1996) sowie Sofaer et al (2005) fanden alle im Rahmen der Entwicklung und Weiterentwicklung des CAHPS statt, des Consumer Assessment of Health Providers and Systems Hospital Survey. Der CAHPS ist ein Instrument zur Erfassung der Beurteilung von Gesundheitsleistungen durch Patienten und stellt seinerseits eine Informationsquelle für andere Patienten dar (Goldstein, Farquhar, Crofton, Darby & Garfinkel 2005, Jung, Feldman & Scanlon 2011). Nach Losina et al (2005) sind für Patienten die Größe des Krankenhauses, ob es ein Lehrkrankenhaus ist, die Nähe zum Wohnort und der Ruf sowohl des Krankenhauses als auch des Operators wichtige Kriterien.

---

<sup>7</sup> Hier stellt sich natürlich auch die Frage, wie diese für die Patienten wichtigen Punkte gut operationalisiert und gemessen werden sollten? Dann müsste diese Information auch wieder – möglichst allgemein verständlich – verfügbar gemacht und ständig aktualisiert werden.

In ihrer umfassenden Literaturanalyse findet Schaeffer (2006) sechs Themenbereiche, die für Patienten besonders wichtig sind:

- „1. Vertrauenswürdigkeit
2. Fachliche Expertise und Kompetenz
3. Verhältnis/Beziehung zum Patienten
4. Kommunikation/Information
5. Organisation/Management der Krankenhausversorgung
6. Umgebungsgestaltung/Atmosphäre“ (Schaeffer 2006, S. 5).

Ein mögliches Problem an diesen Informationswünschen ist, dass nur schwer zu sagen ist, ob diese Informationen auch tatsächlich im Vorfeld einer anstehenden Behandlung eingeholt werden und somit eine Rolle bei der Wahl des Krankenhauses spielen! So werden diese Punkte von Patienten zwar als wichtig erachtet bzw. als wichtig genannt, ob „diese Kriterien auch vor einem Krankenhausaufenthalt für wichtig erachtet werden und auch die Entscheidung über die Wahl einer Einrichtung bestimmen, herrscht keine endgültige Sicherheit, dies wird aber vermutet“ (Schaeffer 2006, S. 13). Diese Vermutung könnte jedoch irreführend sein. Es stellt sich nämlich die Frage, ob sich Patienten schon vor ihrer Behandlung über diese ganzen Aspekte informieren; oder ob sie erst im Rahmen ihrer Behandlung überhaupt die notwendige Expertise erwerben – und auch die notwendige Ruhe dazu finden – sich über solche Aspekte Gedanken zu machen? Es sollte daher auch berücksichtigt werden, ob Patienten überhaupt dazu in der Lage sind bei einer erstmaligen Behandlung – gerade bei einer sehr schweren Erkrankung und der damit einhergehenden emotionalen Beanspruchung – rational an die Wahl eines Krankenhauses zu gehen (Schneider & Epstein 1998). Zwar finden de Mheen et al (2011) in ihrer Studie bei früheren Patienten folgendes heraus: „The present study has shown that within this selection of hospital attributes, surgery-specific information had the greatest impact on patients' choices, regardless of age, gender, and educational level. Waiting time and the hospital atmosphere were considered least important“ (de Mheen et al 2011, S. 823). Doch handelt es sich bei den Befragten um frühere Patienten, die schon über Erfahrung mit Krankenhäusern und Behandlungen haben und vielleicht gerade auf dieser Basis eine rationaler Entscheidung treffen können. Zudem sind Effekte durch das Studiendesign nicht nur denkbar, sondern sogar wahrscheinlich, da die Befragten in einer experimentellen Situation strukturierte, direkt vergleichbare Informationen bekamen und immer nur zwischen zwei Auswahloptionen ihre Präferenz angeben sollten. In der Realität sind Patienten oft gezwungen sich ihre Informationen aus verschiedenen Quellen selbst zusammenzutragen, zu strukturieren, zu bewerten und zu vergleichen!

Ebenso denkbar wäre, dass die Patienten – neben fehlender Erfahrung – auch nicht über die kognitiven Voraussetzungen verfügen, sich zum einen die notwendigen Informationen zu beschaffen und sie zum anderen auch umfassend zu verstehen und daraus eine Präferenz für ein Krankenhaus abzuleiten (Slovic 1995, Hibbard & Peters 2003). Zudem ist die Präsentation der Informationen wichtig und kann unter Umständen selbst ein Problem darstellen (Damman, Hendriks, Rademakers, Delnoij & Groenewegen 2009).

Umso mehr Aspekte Patienten wichtig sind, desto mehr spezifische Informationen müssten sie folglich auch einholen. Dies kann schnell zu einer Überforderung führen, gerade wenn die Entscheidung unter Unsicherheit und in einer Lage getroffen werden muss, in der der Entscheider zum einen unter körperlichen Beschwerden und zum anderen womöglich unter Todesangst leidet. Schon bei gesunden Personen kann „eine große und steigende Anzahl an Informationen [...] eine effektive Entscheidungsfindung behindern“ (Schaeffer 2006, S. 34, Iyengar & Lepper 2000). Zudem muss beachtet werden, dass Patienten, die ein Krankenhaus wählen müssen, oft deutlich älter sind. Die Folge einer Überbeanspruchung durch zu viele Informationen, der sinkenden Fähigkeit der Informationsverarbeitung oder auch einer ungenügenden Darstellung der Informationen kann Probleme verursachen (Finucane et al 2002, Hibbard, Slovic, Peters & Finucane 2002, Fasolo, Reutskaja, Dixon & Boyce 2010). Diesem Problem der Überforderung begegnen die meisten Personen durch die Nutzung mentaler Abkürzungen bzw. mit der Anwendung verschiedener Heuristiken (Fasolo et al 2010). Dieses Vorgehen kann jedoch auch dazu führen, dass ein Patient nicht die für ihn optimale Entscheidung trifft (Payne, Bettman & Johnson 1993). Zur geeigneten Darstellung von Informationen über Krankenhäuser und Behandlungsmethoden findet sich bei Schaeffer (2006) eine umfassende Übersicht über verschiedene Studien zu diesem Thema.

Einen interessanten Ansatz zu der Darstellung von Informationen und der Wahl des ‚richtigen‘ Krankenhauses findet man bei Emmert und Schlesinger (2017). Hier wurde untersucht, welchen Einfluss narrative Kommentare auf die Wahl von Krankenhäusern haben. Dabei wurden den Patienten Informationen gegeben, auf deren Basis sie sich für ein Krankenhaus entscheiden sollten: Es entschieden sich nur 50,6 Prozent für das für sie am besten geeignete Krankenhaus! Unterschiede bei der Entscheidung für das ‚richtige‘ Krankenhaus gab es auch je nach Darstellung der Informationen:

„the design of the report cards seems to influence on the comprehensibility of the quality information. Those report cards with a numerical design appeared to be more comprehensible (56.0 percent) than those with textual information (48.1 percent) or a star display (47.3 percent) [...] However, other studies found numerical information to be less comprehensible (Hibbard & Sofaer 2010; Donelan, Rogers, Eisenhauer, Mort & Agnihotri 2011). It is difficult to discern the causes of these different findings,

because the studies used different presentation formats or study designs (Peters et al. 2007; Damman et al. 2012; Emmert et al 2014)“ (Emmert & Schlesinger 2017, S. 950f).

Interessant dazu ist auch die Veröffentlichung von Schuldt, Doktor, Lichters, Vogt & Robra (2017), die in ihrem Setting herausfinden, dass ihre Probanden bei einem Discrete-Choice-Experiment vor allem die Rate der Komplikationen besonders aussagekräftig bzw. relevant fanden<sup>8</sup>.

Insgesamt lässt sich aber feststellen, dass die erforderliche Qualitätstransparenz, die Patienten für eine informierte Entscheidung benötigen, immer noch unzureichend ist, auch wenn es Bestrebungen gibt, die Informationslage zu verbessern (Simon 2011). Daher erscheint es auch nicht verwunderlich, dass – im Gegensatz zu irgendwelchen im Internet verfügbaren Statistiken – die räumliche Nähe zu einem Krankenhaushaus zu den wichtigsten (feststellbaren) Einflüssen zählt (Smith, Currie, Chaiwuttisak & Kyprianou 2018).

---

<sup>8</sup> Hier stellt sich dem Autor jedoch - wie auch bei vielen anderen Studien! - die Frage, ob Patienten solche Informationen im Regelfall auch einholen. Dies würde voraussetzen, dass sie überhaupt einmal wissen, woher sie solche Informationen bekommen, dass sie sie verstehen und dass sie vielleicht auch unterschiedlich dargestellte Informationen miteinander vergleichen können.

### 4.3. Informationsquellen der Patienten

Eine hohe Bedeutung dafür, die ‚richtige‘ beziehungsweise eine ‚gute‘ Entscheidung zu treffen, haben die Informationen, auf deren Basis die Entscheidung getroffen wird. Doch stellt sich die Frage, wo solche Informationen zu beziehen sind? „Die Möglichkeiten, entsprechende Informationen [...] einzuholen, sind bislang allerdings begrenzt. Auch Patienten beklagen, dass ihnen nicht genug Informationen und Informationsquellen zur Verfügung stehen. Betrachtet man, wie sich Patienten bislang informieren und welche Informationsquellen sie nutzen, scheint sich dies zu bestätigen. Vorrangig wenden sie sich an den behandelnden (Haus-) Arzt oder das soziale Netz, Familienangehörige, Freunde oder Bekannte. Sie sind die wichtigsten Informationsquellen – ein Befund, der seit Jahren konstant ist. Patienten und Nutzer bewegen sich also nach wie vor auf herkömmlichen Informationswegen, weil ihnen nicht genug andere Informationsquellen zur Verfügung stehen, aber auch, weil sie ihnen nicht vertrauenswürdig genug erscheinen. Damit in Einklang steht, dass das Internet eine zwar steigende, aber bislang noch periphere Bedeutung als Informationsquelle hat – besonders wenn über die Wahl eines Krankenhauses zu entscheiden ist“ (Schaeffer 2006, S. 5, Schwartz, Woloshin & Birkmeyer 2005, Lux et al 2010, Mosadeghrad 2014, Lavery, Dixon & Millett 2015). Neben einer möglichen mangelnden Vertrauenswürdigkeit von Quellen dürfte auch die mangelnde Bekanntheit eine große Rolle spielen. Was die geringe Nutzung des Internets anbelangt, könnte zudem auch das im Schnitt höhere Alter der Patienten eine Rolle spielen<sup>9</sup>.

Welche Informationsquellen den Patienten offen stehen, hängt stark davon ab, wo sie leben und sich behandeln lassen möchten. In den USA ist mit CAHPS Hospital Survey bzw. HCAHPS seit über 20 Jahren ein Instrument verfügbar, mit dem die Erwartungen von Patienten an Krankenhäuser und deren Leistungen erfasst wird (Matthes & Wiest 2005, Giordano, Elliot, Goldstein, Lehrman & Spencer 2010). Neben dem HCAHPS gibt bzw. gab es in den USA auch andere Bestrebungen zur Erfassung der Patientenzufriedenheit (Barr et al 2002). Auch in Kanada gab es z.B. mit den Hospital Reports entsprechende Bestrebungen, fundierte Qualitätsberichterstattungen zu erstellen (Brown, Pink & Champagne 2005, Canadian Institute for Health Information 2017). Dabei muss immer auch die Aktualität und die Qualität der Informationen berücksichtigt werden. So finden Glance, Dick, Mukamel, Li & Osler (2010), dass bis zu zwei Jahre alte Daten ein guter Indikator für

---

<sup>9</sup> Es kann wohl davon ausgegangen werden, dass vor allem ältere Menschen schwere Erkrankungen erleiden bzw. (schwere) Erkrankungen in höherem Alter zunehmen. Jüngere Menschen dürften eher durch Unfälle Verletzungen erleiden. Hierbei stellt sich dann die Frage, ob bei diesen Verletzungen, die eine Behandlung im Krankenhaus erfordern, noch die Möglichkeit besteht, sich vorab über Krankenhäuser zu informieren, geschweige denn eine Wahl zu treffen.



die zukünftige Leistung sind, während sich ältere Daten dafür weniger eignen<sup>10</sup>. Für Schweden finden Wahlsted und Ekman (2016), dass nur ein geringer Teil der Patienten das Internet nutzt, um sich über Gesundheitsversorgung zu informieren. Diejenigen, die sich informieren sind dabei jünger, besser gebildet, weiblich und schätzen sich hinsichtlich Gesundheitsthemen als besser informiert ein, als die anderen. Dennoch werden Online-Informationsmöglichkeiten in keinem nennenswerten Umfang genutzt. Daher müssten also auch alternative Wege gesucht werden, um Patienten hinreichend zu informieren. Ein Weg dazu, könnten die Ärzte darstellen, die in Schweden offenbar immer noch am ehesten über die Weiterbehandlung entscheiden (Winblad 2008)<sup>11</sup>.

Es lässt sich insgesamt festhalten, dass es viele Informationen gibt, die sich Patienten wünschen und zahlreiche Möglichkeiten, an diese Informationen heran zu kommen, auch wenn die nicht immer allgemein bekannt sind (Huppertz & Carlson 2010). In manchen Ländern gibt es mehr Möglichkeiten als in anderen, dennoch gibt es zumeist umfassende Informationsmöglichkeiten (Klauber, Robra & Schellschmidt 2005).

„Dennoch deuten die aus diesen Ländern vorliegenden Evaluationsuntersuchungen zur Nutzung dieser Informationen auf eine Schieflage. Sie zeigen, dass Patienten und Nutzer nach wie vor mehr Information über das Versorgungswesen (besonders auch über Krankenhäuser) wünschen und die verfügbare Information noch keineswegs als ausreichend empfinden [...], sie aber zugleich die bereitgestellten Informationen nicht in dem Umfang nutzen wie erwartet – jedenfalls nicht dann, wenn Entscheidungen (etwa über die Wahl eines Krankenhauses) zu fällen sind“ (Schaeffer 2006, S. 9, Schneider & Epstein 1998, Schwartz, Woloshin & Birkmeyer 2005, Hibbard, Peters, Dixon & Tusler 2007, Faber, Bosch, Wollersheim, Leatherman & Grol 2009, Kolstad & Chernew 2009, de Groot, Otten, Smeets & Marang-van de Mheen 2011, Lako & Dortant 2014).

Für einen Einfluss auf Experten und Institutionen liegen keine Daten vor:

„The small body of evidence available provides no consistent evidence that the public release of performance data changes consumer behaviour or improves care. Evidence that the public release of performance data may have an impact on the

---

<sup>10</sup> Hier stellt sich dann wieder die Frage, wie aktuell die Informationen sind, auf die sich die verschiedenen Informationsquellen beziehen. Idealerweise verfügen niedergelassene (Fach-)Ärzte über relativ aktuelle Informationen. Informationen hingegen, die im Bekanntenkreis eingeholt werden, dürften sich zu einem nicht unerheblichen Teil auf Ereignisse und Erfahrungen stützen, die älter als zwei Jahre und in die allgemeine Lebenserfahrung eingegangen sind.

<sup>11</sup> Einschränkung bzw. erklärend muss angemerkt werden, dass die Mitentscheidung der Patienten erst zu Beginn der 1990-er Jahre eingeführt wurde (Winblad 2008). Offenbar dauern Änderungen im Gesundheitssystem lange Zeit. Gerade auch was so grundlegende Belange wie das (paternalistische) Arzt-Patienten-Verhältnis anbelangt.

behaviour of healthcare professionals or organisations is lacking“ (Ketelaar et al 2011, S. 2).

Dies widerspricht allerdings der Literaturanalyse von Kolstad und Chernew (2009): “Evidence suggests that consumers tend to choose better performing health plans and providers and are responsive to initiatives that provide quality information” (Kolstad & Chernew 2009, S. 28S). Eine mögliche Erklärung für diesen Widerspruch findet sich bei Lavery, Dixon und Millet (2015):

„These findings suggest that simply publishing performance information is unlikely to be enough to motivate patients to actively choose non-local providers on the basis of quality. They suggest that more active involvement and support by GPs or booking advisors may be required if the ambition of patients choosing on the basis of quality is to be realized. Differences among patients as to what factors are important when choosing and what information and support they will access suggest there need to be a range of information sources and support available“ (Lavery et al 2015, S. 1137).

Die enorme Bedeutung zuverlässiger Informationsquellen lässt sich gut an der Studie von Berta, Martini, Moscone & Vittadini (2016) ablesen. Darin wird gezeigt, dass Wettbewerb unter Krankenhäusern in Italien keinen Einfluss auf die Behandlungsqualität hat, was die Autoren auf ein Fehlen öffentlich zugänglicher Informationen zurückführen (siehe auch Moscone, Tosetti & Vittadini 2012). Krankenhäuser werden also nicht nach ihrer tatsächlichen, sondern lediglich der wahrgenommenen Qualität beurteilt (Sanjo 2009).

Außerdem ist die Art bzw. Quelle der Information relevant. So kommen verschiedene Studien (Huppertz & Carlson 2010; Moser, Korstjens, van der Weijden & Tange 2009; de Groot et al 2012; Dietrich & Renner 2015) zu dem Ergebnis, dass Erfahrungsberichte anderer Patienten als mindestens ebenso wichtig erachtet werden, wie die von den Krankenhäusern zur Verfügung gestellten Informationen. Hier mag vielleicht das Vertrauen in die Quelle und ihre möglichen Motive eine Rolle spielen. Dabei verlassen sich sogar einweisende Ärzte weniger auf öffentlich zugängliche Informationen, sondern stärker auf frühere Erfahrungen und persönliche Kontakte (Doering & Maarse 2015, Ferrua, Sicotte, Lalloue & Minvielle 2016). Hierin könnte sich auch der Grund dafür finden, dass wie von Gutacker, Siciliani, Moscelli & Gravelle (2016) festgestellt, offenbar auch (noch) nicht veröffentlichte Informationen genutzt werden: „The public release of information on hospital quality may not in itself trigger a change in demand if patients have other channels by which they can infer hospital quality“ (Gutacker et al 2016, S. 242).

Trotzdem scheinen zumindest Rankings – die sehr einfache, gut verständliche Übersichten sind und augenscheinlich eine sehr komprimierte Bewertung darstellen – einen gewissen Einfluss zu haben. So konnte Pope (2009) zeigen, dass ein höheres Ranking bei

Krankenhäusern zu höheren Patientenraten führt. Simon (2011) kommt zu dem Schluss, dass der hohe Stellenwert, den subjektive Berichte und die Befragung des sozialen Umfelds darauf zurückzuführen sind, dass keine oder kaum objektive Informationen zur Verfügung stehen:

„Werden subjektive Qualitätsinformationen generell von Patienten zur KH-Beurteilung vorgezogen oder ist dieser Informationsbedarf eher als Ausweichstrategie zu werten, da momentan kaum objektive Qualitätsinformationen verfügbar sind? Die Präferenzurteile der Probanden zeigen in der vorliegenden Studie ein klares Bild. Haben die Patienten eine Wahl zwischen objektiven Informationen zur Ergebnisqualität und subjektiven Qualitätsurteilen, präferieren sie eindeutig die objektiven Qualitätsindikatoren“ (Simon 2011, S. 77).

Auch Varkevisser, van der Geest und Schut (2012) kommen zu dem Ergebnis, dass Patienten auf Unterschiede in öffentlichen Qualitätsbewertungen reagieren. Peters et al (2007) kommen zu der Schlussfolgerung, dass Patienten kaum auf Qualitätsberichte zurückgreifen, um sich zu informieren. Dies liegt aber auch daran, dass diese Berichte nicht standardisiert und somit auch nicht ‚nutzerfreundlich‘ sind. Auch de Cruppé und Geraedts (2017) kommen zu dem Ergebnis, dass Qualitätsberichte etc. nur eine untergeordnete Rolle spielen:

„Major sources of information were personal knowledge of hospitals, relatives, outpatient health professionals and the Internet. Main criteria for the decision were personal experience with a hospital, recommendations from relatives and providers of outpatient services, a hospital’s reputation and distance from home. Specific quality information as provided by performance reports were of secondary importance“ (de Cruppé & Geraedts 2017, S. 1).

Dem scheint zu widersprechen, dass de Mheen et al (2011) herausgefunden haben, dass für Chirurgiepatienten spezifische Informationen zur Chirurgie und der Qualität der Pflege wichtiger sind, als allgemeine Informationen. Allerdings stellt sich eben auch die Frage wie und wo Patienten an solche Informationen herankommen sollen. Dem Befund von de Mheen et al (2011) scheint auch zu widersprechen, dass nach Dijs-Elsinga et al (2010) die meisten der befragten Patienten sich nach dem Ruf des Krankenhauses und der freundlichen Atmosphäre dort gerichtet zu haben, und sich in Zukunft noch stärker nach dem Ruf und ihrer Erfahrung in dem Haus richten wollen:

„Most patients indicated having used the hospital’s good reputation (69.1%) and friendly hospital atmosphere (63.3%) to choose a hospital. For future choices, most patients intended to use the fact that they were already treated in that hospital (79.3%) and the hospital’s good reputation (74.1%)“ (Dijs-Elsinga et al 2010, S. 544).

Dass gute frühere Erfahrungen eine sehr starke Auswirkung auf die Wahl des Krankenhauses haben, finden auch Jung et al (2011). Auf ihre Präferenz zu Qualitätsberichte bezogen äußerten die Befragten, dass sie eher eine Übersichtswertung als detaillierte Informationen wünschen würden. Die Befragten gaben dabei jedoch an, einerseits bei einer zukünftigen Entscheidung mehr Informationen für die Entscheidung heranziehen zu wollen, andererseits aber den Ruf und die erlebte Behandlung in dem Krankenhaus noch höher schätzten. Der Widerspruch zwischen dem Informationsdurst und der tatsächlichen Nutzung verfügbarer Informationen wird auch hier bestätigt:

„Faber and others also report on numerous studies showing that consumers are highly interested in quality-of-care information and that 50% of consumers state that high quality of care is the most important concern when selecting a health care provider. Thus, a positive attitude does not necessarily have to result in quality information being used in actual choices, but it is clear that chances are higher when patients are exposed to quality information than when they are not“ (Dijs-Eslinga et al 2010, S. 554).

## 5. Qualitative Untersuchung

### 5.1. Durchführung

Es wurden verschiedene Krankenhäuser aus dem großen Kundenstamm der Forschungsgruppe Metrik herausgesucht und ein Kontakt zwischen der Krankenhausleitung und dem Autor vermittelt<sup>12</sup>. Die Basis zur Auswahl der angesprochenen Krankenhäuser war zum einen ganz forschungspragmatisch die vermutete Bereitschaft zur Teilnahme an der Studie. Zum anderen wurden aber bewusst möglichst unterschiedliche Arten von Krankenhäusern gewählt, die auch räumlich gestreut sind, um einerseits Verzerrungen durch die Krankenhäuser selbst oder regionale Eigenheiten zu vermeiden oder wenigstens auszugleichen und andererseits möglichst viele unterschiedliche Aspekte aufdecken zu können. Letzteres deckt sich mit dem Prinzip der Varianzmaximierung (Patton 2015).

Zwei Krankenhäuser erklärten sich bereit, die Studie zu unterstützen indem sie die Durchführung von Interviews mit stationären Patienten erlaubten. Die Krankenhäuser waren das *Krankenhaus I* im Postleitzahlenbereich 70, in dem in verschiedenen Fachbereichen 17 Interviews durchgeführt wurden (Kapitel 5.2.1. bis 5.2.17). Das *Krankenhaus I* ist ein Krankenhaus der Maximalversorgung mit 700 Betten. Das andere Krankenhaus, *Krankenhaus II*, liegt im Postleitzahlbereich 60. Hier wurden 8 Interviews in verschiedenen Fachbereichen durchgeführt (Kapitel 5.2.18. bis 5.2.25.). Das Krankenhaus verfügt über 300 Betten und ist ein akademisches Lehrkrankenhaus.

Die Anzahl der durchgeführten Interviews richtete sich zum einen nach der Anzahl der für ein Interview zur Verfügung stehenden Patienten, zum anderen danach, ob noch ein weiterer Informationsgewinn zu erwarten war. Als sich abzeichnete, dass die relevanten Informationen erhoben worden waren und keine wirklich neuen relevanten Informationen mehr zu erwarten waren, wurde – entsprechend dem Konzept der theoretischen Sättigung (Glaser & Strauss 1967) – nicht mehr versucht weitere Patienten für die Interviews zu gewinnen.

Die Interviews dienten dem Zweck zu ermitteln, welche Faktoren, Informationen und Informationsquellen für Patienten wichtig sind und somit die Literaturrecherche (Kapitel 4.) zu bestätigen und zu ergänzen. Damit sollte für die anschließende Erhebung mittels Fragebogen (Kapitel 6.) eine fundierte Basis geschaffen werden.

Die Interviews waren teilstandardisiert und narrativ ausgelegt. Das heißt, die Patienten wurden gebeten zunächst zu erzählen, wie es dazu gekommen war, dass sie sich in diesem

---

<sup>12</sup> Die Forschungsgruppe Metrik ist ein unabhängiger Dienstleister, der seit 1998 im Gesundheitswesen kommerziell Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchführt und mit über 700 Einrichtungen zusammengearbeitet hat (Homepage der Forschungsgruppe Metrik 2017).

Krankenhaus behandeln ließen. Gegebenenfalls wurde nachgefragt wie, wo und worüber sie sich im Vorfeld über Krankenhäuser informiert hatten, wie sie diese Quellen einschätzten oder welche Einflüsse es auf ihre Entscheidung gegeben hatte (Leitfaden: siehe Anhang 11.1.). Dadurch sollten alle wichtigen Aspekte identifiziert werden, die es bezüglich der Informationen und Informationsquellen gibt, auf deren Basis die Interviewten sich für ein Krankenhaus entschieden haben. Diese offene Herangehensweise sollte sicherstellen, dass keine wichtigen Faktoren, die beispielsweise in früheren Studien gefunden worden waren, im Entscheidungsprozess übersehen werden.

Vor Ort wurden Patienten, die nach Meinung der behandelnden Ärzte dazu in der Lage waren, gebeten sich als Interview-Partner zur Verfügung zu stellen. Die Patienten wurden über den Zweck der Befragung vorab aufgeklärt und nahmen alle freiwillig an der Befragung teil. Sie hatten durch Teilnahme oder Nichtteilnahme weder Vor- noch Nachteile zu erwarten. Von den Interviews wurden Audio-Aufzeichnungen erstellt und sie auf Basis dieser Aufzeichnungen später ausgewertet. Die Aufzeichnungen werden zehn Jahre nach Abschluss des Promotionsvorhabens gelöscht werden.

## 5.2. Kurzzusammenfassungen der Interviews

Im Folgenden werden kurze Zusammenfassungen der Interviews wiedergegeben. Dadurch, dass sie teilstandardisiert und narrativ angelegt waren, ist eine feste, durchgehende Strukturierung bei der Wiedergabe schwierig und erklärt den anekdotischen Charakter der Kurzzusammenfassungen.

Hinzu kommt eine stark unterschiedliche Länge der Interviews: Während die kürzesten Interviews nur wenige Minuten in Anspruch nahmen, gingen die längsten Interviews deutlich über eine halbe Stunde. Die stark unterschiedliche Länge kam dadurch zustande, dass einige Patienten sich sehr vielseitig und intensiv informiert haben bzw. über einen etwas komplexeren ‚Weg‘ ins Krankenhaus gefunden hatten. Andere Interviews hingegen, bei denen sich der Interviewte ausschließlich auf die Empfehlung des Haus- oder Facharztes hatten einweisen lassen, fielen dementsprechend deutlich kürzer aus. Ein Interview wurde von der späteren Analyse ausgeschlossen, da der Patient sich nicht für das Krankenhaus entschieden hatte, sondern als akuter Notfall eingeliefert worden war (Kapitel 5.2.13.).

Unabhängig von ihrer Länge der Interviews – und teils auch deren für diese Studie relevantem Gehalts – dienten sie für den weiteren Verlauf der Studie als Grundlage zur Entwicklung der Fragebögen und konnten grundlegende Informationen, Stimmungen und Einstellungen liefern. Zudem zeigten sie die Unzulänglichkeit eines a priori standardisierten Vorgehens auf, das einem solch komplexen Thema und einer so heterogenen Zielgruppe kaum gerecht werden kann. Das wird deutlich an der sehr heterogenen Gruppe der Interviewten und Ihrer teils sehr unterschiedlichen Wege, die sie in das Krankenhaus geführt hatten.

### 5.2.1. Patient 1

Dem krebskranken Patient sei das *Krankenhaus I* von seinem Urologen empfohlen worden und er sei von ihm zur weiteren Untersuchung und Behandlung hierher überwiesen worden. Weswegen genau der Facharzt das *Krankenhaus I* empfohlen hatte, wusste der Patient nicht. Nach der Diagnose sei er auch zu schockiert gewesen, um nachzufragen. Auf eine spätere Nachfrage habe der Facharzt geantwortet, dass er selbst auch ins *Krankenhaus I* gehen würde.

Die Empfehlung bzw. Überweisung durch den Facharzt sei für den Patienten aber nicht alleinig ausschlaggebend gewesen. Er habe sich zusätzlich noch selbst informiert. Dazu habe er im Bekanntenkreis und im Internet nach Informationen gesucht. Im Internet sei er zuerst auf die Homepage seiner Krankenkasse gegangen, um sich zu informieren. Dort gäbe

es ein breites Spektrum an Statistiken – z.B. Angaben über die Fallzahlen und Operationshäufigkeit an den Kliniken – und Bewertungen von Patienten. Dort würde die Urologie des *Krankenhaus I* sehr gut bewertet, auch im Vergleich zu anderen urologischen Kliniken im Umfeld. Das habe dem Patient ein gutes Gefühl gegeben.

Der Patient habe auch nach allgemeinen Informationen über Kliniken und Behandlungsmethoden gesucht, da er bis zu diesem Zeitpunkt keine Verfahren und Behandlungsmöglichkeiten gekannt habe. Für seine Erkrankung, ein Prostatakarzinom, habe er drei Behandlungsmöglichkeiten gefunden. Der Patient habe auch in zwei anderen großen Städten „Koryphäen“ gefunden, aber die Informationen über den Direktor und Leiter der Urologie im *Krankenhaus I* hätten dem Patient klar gemacht, dass es kein Fehler sei, sich von ihm operieren zu lassen.

Der Patient habe sich online nicht nur über die Homepage seiner Krankenkasse informiert, sondern auch nach Informationen über urologische Kliniken und über den Operateur selbst gesucht. Es gäbe eine Vielzahl von Informationsquellen, darunter auch Foren mit Bewertungen ehemaliger Patienten. Diese Informationen seien „das letzte Zünglein an der Waage“ gewesen, sich für das *Krankenhaus I* zu entscheiden. Im Gegensatz zu Statistiken und Bewertungen gäben detaillierte, persönliche Erfahrungsberichte eine große Sicherheit. Die persönlichen Erfahrungsberichte seien somit maßgeblich wichtig für die Entscheidung bei der Krankenhauswahl gewesen. In diesen Foren würde auch sehr gut über den Pflegebereich, sowie die Beratung und Operationsvorbereitung berichtet. Die Berichte seien vertrauenswürdig und sehr detailliert. Insgesamt habe der Patient „sicher über 20 Stunden“ im Internet recherchiert. Die Erkundigungen im Bekanntenkreis hätten auch zu einigen persönlichen Erfahrungsberichten über Operationen im *Krankenhaus I* geführt, die dem Patienten wichtig waren, um einen Eindruck von dem Krankenhaus zu bekommen.

Ein weiterer Punkt, der für das *Krankenhaus I* gesprochen habe, sei die Nähe zum Wohnort, da das Krankenhaus nur etwa zehn Kilometer von der Wohnung entfernt liege. Zwar seien vom Patienten auch Krankenhäuser in anderen, weiter entfernten Städten in Erwägung gezogen worden, doch die Erreichbarkeit für Besucher sei mit bedacht worden. Es sei dem Patienten bei seiner Erkrankung allerdings wichtiger gewesen medizinisch gut behandelt zu werden, als für Besucher einfach erreichbar zu sein.

Bei seinen Recherchen habe der Patient herausgefunden, dass das wichtigste für den Erfolg der Behandlung der Operateur sei. Zwar gäbe es eine interessante Behandlungstechnik, die im *Krankenhaus I* nicht angeboten wird, aber der Vorteil des guten, erfahrenen Operateurs sei deutlich wichtiger. Eine weitere wichtige Rolle habe die Zeit gespielt: Dadurch, dass der Patient schon durch seinen Urologen ins *Krankenhaus I* „eingeloggt“ worden wäre, sei sein Beschluss bestärkt worden. Eine andere Klinik mit dem anderen Verfahren wäre jedoch auch



eine Option gewesen, wenn dieser Platz noch nicht reserviert gewesen wäre. Allerdings seien durch dieses „Einloggen“ auch schon Gespräche geführt und Unterlagen eingereicht worden, was eine gewisse Verbindlichkeit bzw. gefühlte Verpflichtung geschaffen habe und eine andere Entscheidung erschwert hätte.

Der Patient sei „leider nur [...] allgemein normal versichert“ bei einer gesetzlichen Krankenkasse. Für den Tag der Operation habe sich der Patient aber als „Privatpatient einloggen“ lassen, damit er vom Professor selbst operiert werden konnte. Der Grund dafür sei gewesen, dass dieser als hervorragender Operateur bekannt sei und gerade bei dieser Operation sei es wichtig, einen erfahrenen Operateur zu haben. Der Patient wollte die größtmögliche Sicherheit, gut behandelt zu werden.

Der Patient habe auch die anonyme Hotline seiner Krankenkasse genutzt: Nachdem er seine Werte und Histologien gemailt hätte, habe er mit zwei Urologen ganz offen sein Krankheitsbild besprechen und eine Meinung einholen können. Dies habe ihn darin bestätigt, dass diese Art der Operation für ihn die beste sei. Wäre der Patient 20 Jahre älter, hätte er sich vielleicht auch für ein anderes Verfahren entschieden. Jetzt, mit 50 Jahren, habe er aber kein Risiko eingehen wollen.

Der Patient sprach von schwierigen Entscheidungsprozessen, die stattgefunden haben. Er habe sogar in seinem Bekanntenkreis eine kleine Umfrage durchgeführt. Der Patient hätte vorab Gespräche mit den Oberärzten geführt, in denen sich die Ärzte viel Zeit genommen haben, um ihn über Behandlungsmethoden zu informieren. Dies habe sehr vertrauensbildend gewirkt und den Patient in seiner Entscheidung für das *Krankenhaus I* bestätigt, obwohl er schon „den Telefonhörer in der Hand hatte und in einer anderen Klinik“ aus der engeren Auswahl habe anrufen wollen.

So ein Entscheidungsprozess sei eine extrem schwierige Sache. „Man hat immer ein sehr, sehr angespanntes Entscheidungsgefühl, ist es das richtige?“. Gerade in der heutigen Zeit, in der man als Patient viel aufgeklärter sei und viel mehr Informationen bekomme. Früher habe man sich einfach auf seinen Facharzt verlassen müssen. Im Rahmen seines Entscheidungsprozesses habe der Patient mit seiner Lebenspartnerin ein Wochenende in Barcelona verbracht, wo sie zusammen die verschiedenen Vor- und Nachteile verschiedener Krankenhäuser abgewogen hätten.

Der Einfluss von Freunden und der Lebenspartnerin seien insofern besonders wichtig gewesen, da das Prozesse seien, „wo eine fremde Stimme unheimlich viel bewirken kann. Weil man in sich an einen Punkt kommt, in dieser Entscheidung, da verlangt man nach einem der sagt ‚Und das machst Du so!‘, weil selbst ist man dann fast gar nicht mehr in der Lage, so einen Prozess abzuschließen.“ Der Patient habe den Entscheidungsprozess bereits einmal abgeschlossen gehabt, dann am nächsten Morgen aber doch wieder weiter

recherchiert. Die Partnerin habe daraufhin auf den Patienten eingewirkt, dass es nicht nur um zwei oder drei Prozentpunkte bei irgendwelchen Klassifikationen gehe, sondern auch die Nähe, das Umfeld und so weiter stimmen müssten. Daraufhin sei vom Patienten die weitere Informationssuche abgebrochen worden. Er habe alle Unterlagen weggepackt und auch nicht mehr darüber nachgedacht.

In den Foren habe der Patient festgestellt, dass sich viele nicht so sehr mit der Thematik beschäftigt hätten, sondern alles über sich ergehen lassen würden. Wenn der Facharzt eine Klinik empfehle, dann gingen sie dort hin.

Hinsichtlich der Empfindung der Krankheit sei der Patient von der Diagnose schockiert gewesen und habe es nicht wahrhaben wollen. Die Mitteilung der Diagnose durch den Facharzt sei zudem „etwas gefühllos und nicht ganz so persönlich“ gewesen. Nachdem sich der Patient wieder gefangen hatte, habe er sich schnell informiert und wieder Mut gefasst. Von allen Krebsarten sei es noch die leichteste und am langsamsten wachsende. Durch die Früherkennung sei es zum Glück früh entdeckt worden. Der Patient habe die Hoffnung, dass es nach der Operation zu 100 Prozent überstanden sei und auch keine bleibenden Schäden bleiben würden.

Für Ärzte sei es enorm schwierig, sich in die Patienten hineinzusetzen, da solche Erkrankungen bzw. Diagnosen für die Ärzte Routine seien. Als Patient erlebe man so etwas aber nur einmal im Leben. Daher sei es auch eine Aufgabe des Arztes, dem Patienten die Angst zu nehmen und geduldig aufzuklären und auf Fragen einzugehen. Der Patient sei hier im *Krankenhaus I* angenehm überrascht gewesen, da er ein dreiviertelstündiges Informationsgespräch mit einem Oberarzt gehabt habe. Vor der Operation sei er nochmals ausführlich informiert worden.

### **5.2.2. Patient 2**

Die gebrochen Deutsch sprechende Patientin hat nach eigener Angabe seit mehreren Jahren Hüft- und Kniearthrose. Außerdem leide sie unter Herzproblemen und Diabetes. Bei der Arthrose habe sich gezeigt, dass die Behandlung mit Physiotherapie, Reizstrom usw. nicht mehr ausreiche. Deswegen habe die Orthopädin ihr empfohlen sich operieren zu lassen. Im *Krankenhaus I* solle die Patientin jetzt am rechten Knie behandelt werden, wo Meniskusschäden festgestellt worden seien.

Die Entscheidung für das *Krankenhaus I* sei durch eigene Erfahrungen stark beeinflusst worden: Der Mann der Patientin sei vor sechs Jahren als sehr schwerer Fall auch im *Krankenhaus I* gewesen und sei mehrfach operiert worden. Da sich damals alle so gut um

ihn gekümmert hätten - sowohl Ärzte als auch Pflegepersonal - sei das ein wichtiger Grund für sie gewesen, sich ebenfalls für das *Krankenhaus I* zu entscheiden.

Die Orthopädin der Patientin habe der Patientin drei Krankenhäuser vorgeschlagen, zwischen denen sich die Patientin habe selbst entscheiden sollen. Weitere Informationen zu den Krankenhäusern habe sie der Patientin nicht gegeben. Die Patientin habe sich daraufhin im Bekanntenkreis umgehört, um Informationen über diese Häuser zu bekommen. Diese Erfahrungsberichte und die eigenen Erfahrungen mit ihrem Mann hätten dazu geführt, dass sie sich dann für das *Krankenhaus I* entschieden habe. „Mein Gedanke war schon, im [*Krankenhaus I*] bin ich gut aufgehoben.“

Die Patientin wohne in der gleichen Stadt und es sei für sie auch wichtig gewesen, ein Krankenhaus in Wohnortnähe zu haben, damit sie gut Besuch von ihrem Mann und von Freunden empfangen könne.

Von den Ärzten erwarte die Patientin, dass sie ihr helfen, sodass sie wieder richtig laufen kann. Dies sei besonders auch deswegen wichtig, da sie in einem vierten Stock eines Hauses ohne Aufzug lebe. Was das Pflegepersonal anbelangt, äußerte sich die Patientin sehr zufrieden.

### **5.2.3. Patient 3**

Der Patient gab an, dass die Entfernung zum Wohnort wichtig gewesen wäre. Da es sich um einen freiwilligen Eingriff gehandelt habe, sei dem Patienten einerseits die medizinische Seite wichtig gewesen – die er aber im Voraus nur bedingt beurteilen konnte –, zum anderen, dass die Angehörigen nicht zu weit und zu lange hätten anfahren müssen, um zu Besuch zu kommen. Außerdem habe er sein gewohntes Umfeld nicht verlassen müssen. Die Entfernung zum Wohnort sei dem Patienten nicht nur wegen seiner Besucher wichtig gewesen, sondern in hohem Maße auch für sich selbst: Gerade in Hinsicht auf die Vor- und Nachbereitungen zu dem Eingriff – der Lebendspende einer Niere – seien diese Zeiten und der Aufwand „nicht unwesentlich“. Die stationäre Behandlung selbst habe dabei weniger eine Rolle gespielt. Im Zuge der Vorbereitungen der Behandlung sei auch ein Vertrauensverhältnis zu den Ärzten aufgebaut worden.

Neben dem *Krankenhaus I* habe der Patient auch zwei andere, große Krankenhäuser in die engere Wahl gezogen, um sich behandeln zu lassen.

Der Patient gab an, seit vielen Jahren in dieser Stadt zu leben und über die Zeit auch die bauliche und organisatorische Entwicklung des *Krankenhaus I* verfolgt zu haben.

Was die Behandlung im Krankenhaus angehe, könne die medizinische Komponente nur dann beurteilt werden, wenn man die Ärzte kenne oder auch auf Erfahrungen aus dem Bekanntenkreis zurückgreifen könne. Die Fachkompetenz des *Krankenhauses* betrachte der Patient jedoch seit vielen Jahren als bestätigt.

Der Patient gab an, sich nie über die üblichen Vorsorgemaßnahmen und einen gesunden, sportlich-aktiven Lebensstil intensiv mit Gesundheit auseinandergesetzt zu haben. Daher sei er mit der Thematik nicht übermäßig vertraut gewesen. Eine plötzliche, sehr schwere und seltene Erkrankung habe jedoch dazu geführt, dass er eine hohe Fachkompetenz benötigt hatte, um überleben zu können. Aufgrund dieser Erfahrung habe der Patient einen großen Aufwand betrieben, um sich zu informieren und dabei auch große Unterschiede festgestellt.

In seiner (alten) Heimatstadt gäbe es auch ein gutes Krankenhaus, in dem er seine Erfahrungen gemacht habe. Dort sei die Behandlung aber notfallmäßig gewesen, sodass damals keine Informationssuche möglich war. Jedoch seien erste Erfahrungen mit Krankenhäusern gesammelt worden.

Der Patient habe sich an verschiedenen Stellen Empfehlungen geben lassen, wo er sich behandeln lassen solle. Zum einen habe er beruflich immer wieder mit Ärzten Kontakt, zum zweiten auch im Bekanntenkreis „eine ganze Schar von Medizinern und ähnlich gelagerten Berufsgruppen“. Wenn man dann in die Lage komme, sich informieren zu müssen, wende man sich natürlich an Quellen, denen man vertraue. Der Patient gab an, die Netzwerke zu nutzen, die sich im Laufe der Jahre herausgebildet hätten. Die allgemeine Verfügbarkeit von Informationen – zum Beispiel in den Medien oder online – sei insofern schwierig, dass meistens vor allem die Fälle publik und breit diskutiert werden, in denen etwas schief gelaufen sei. Diese gäben kein realistisches, sondern oft nur ein sehr einseitiges Bild wieder.

Der Patient gab an, aus moralisch-ethischen Überzeugungen gesetzlich versichert zu sein. Er habe aber bei Bedarf als Selbstzahler Leistungen dazu gebucht bzw. private Kontakte genutzt.

Der Patient befürwortete eine offenere Kommunikation zwischen Ärzten und Patienten, beispielsweise über die Einrichtung von Beratungszentren, bei denen wesentliche und grundsätzliche Fragen geklärt werden könnten. Diese Zentren könnten beispielsweise von den Krankenkassen unterhalten werden. Gerade wenn der Ernstfall einer schweren Erkrankung eintrete, wäre eine intensive Informationssuche oft nicht mehr möglich. Die Erfahrung des Patienten war, dass es für die Diagnostik und die Vertrauensbildung „Welten“ ausmache, wenn der Arzt sich einige Minuten mehr Zeit für den Patienten nehme. Gerade für den Patienten als Laie sei es wichtig, sich hier eine Meinung bilden zu können und entscheiden zu können, ob er an anderer Stelle nicht vielleicht besser aufgehoben sei. Der Patient gab an, aus seinem beruflichen Umfeld als Projektmanager an effektive und

effiziente Prozesse gewöhnt zu sein und zeigte sich entsetzt darüber, „dass es in der Medizin dilettantisch ist“.

Als Erwartungen an Pflegepersonal äußerte der Patient, dass es sich seiner Aufgaben bewusst sein müsse, beispielsweise Schichtarbeit und den guten Umgang mit Patienten. Dies treffe besonders auf Patienten zu, die sehr hilfsbedürftig sind. Er habe nur wenige Negativbeispiele erleben müssen, diese sollten aus den Pflegeberufen jedoch besser entfernt werden. Dies sei für alle Beteiligten das Beste.

Die Erwartungen des Patienten an die Ärzte würden weitgehend erfüllt. Zu diesen Erwartung gehöre, nicht einfach abgespeist zu werden, sondern dass auch Zusammenhänge und Maßnahmen erklärt würden. „Die Leute haben eine wahnsinnige Verantwortung, einen wahnsinnigen Kostendruck, die Maßnahmen irgendwo unterzubringen, einen Wahnsinns-Bürokratismus in vielen Bereichen.“

#### **5.2.4. Patient 4**

Die teils fähig wirkende Patientin gab an, unter anderem an Hepatitis C und Osteoporose erkrankt zu sein. Sie sei zuvor schon häufiger im *Krankenhaus I* gewesen, das erste Mal 2006 als Notfall. Im *Krankenhaus I* sei sie so nett behandelt worden, dass sie sich wohl gefühlt habe und immer wiedergekommen sei. Ihr Arzt arbeite sehr eng mit der Station zusammen.

Sie wohne seit kurzem in der Nähe in einem Generationenhaus in der gleichen Stadt, in der das Krankenhaus liegt. Sie habe zuvor in verschiedenen Heimen gelebt. Den Einzug ins Generationenhaus habe sie sich aufgrund Ihrer Erkrankungen stark überlegt. Das Generationenhaus liege etwas weiter vom *Krankenhaus I* entfernt, trotzdem komme sie immer hier her. Mit der Zeit habe die Patientin das Personal kennen gelernt und es habe sich eine Vertrauensbasis entwickelt.

Aktuell sei sie im *Krankenhaus I* zur Behandlung, weil sie - noch während des Einzugs ins Generationenhaus – „immens viel“ Blut gespuckt habe. Für die Patientin kam zur Behandlung nur das *Krankenhaus I* in Frage, da sie es dort als „eine Art stationäres Heim kommen“ empfinde. Sie fühle sich hier gut aufgehoben, könne „ihren Schnabel aufmachen“, wenn etwas sei, und werde menschlich behandelt. Sie müsse aufgrund ihrer Erkrankungen sehr oft ins Krankenhaus und es bestehe die Gefahr, dass sich aufgrund der vielen Medikamente, die nehmen müsse, Leberkrebs entwickle.

Die Patientin gab an, auch bereit zu sein in akuten Notfällen in ein anderes Krankenhaus eingeliefert zu werden. Solange sie es aber entscheiden könne, käme für sie nur das

*Krankenhaus I* in Frage. Die Patientin gab an 2010 wegen einer gebrochenen Rippe zu einer geriatrischen Reha-Maßnahme in einem anderen Krankenhaus gewesen zu sein. Dies sei jedoch kein Krankenhaus in ihrem Sinne gewesen.

Von Ärzten würde die Patientin Kompetenz erwarten, unabhängig vom Alter des Arztes. Ärzte sollten alle Fragen beantworten können. Beim Pflegepersonal sei es wichtig, mit ihm reden zu können. Als ehemalige Altenpflegerin kenne die Patientin den Job. Gerade kleine Gesten würden der Patientin sehr viel bedeuten.

### 5.2.5. Patient 5

Das Interview fand im Beisein der Frau des Patienten statt, der sich gesundheitlich bedingt nur sehr schlecht und undeutlich mitteilen konnte. Daher wurden die meisten Angaben von der Frau gemacht bzw. ‚übersetzt‘. Der Patient sei wegen eines Tumors in Behandlung, von dem zunächst nur Metastasen gefunden worden waren. Der Patient sei schon ein Vierteljahr im *Krankenhaus I*, wo er auf mehreren Stationen des Krankenhauses behandelt worden wäre und bekomme aktuell Bestrahlungen und anschließend Chemo-Therapie. Aufgrund mehrerer, auch schwerer Erkrankungen, habe der Patient schon viel Krankenhauserfahrung.

Der Patient habe viel Gutes über das *Krankenhaus I* gehört, so seien beispielsweise die Ärzte und die Schwestern gut. Dies könne nach den jetzigen Erfahrungen bestätigt werden. Informationen über Krankenhäuser wurden ausschließlich im Bekanntenkreis gesammelt. Diejenigen, die schon einmal im Krankenhaus I gewesen seien, hätten es als „super“ bewertet. Daher wurde auch die Einweisung in ein anderes Krankenhaus abgelehnt. Bei einer Besprechung mit dem behandelnden Facharzt sei dementsprechend der Wunsch geäußert worden, ins *Krankenhaus I* zu gehen. Der Facharzt habe diesen Wunsch unterstützt und das *Krankenhaus I* als gutes Krankenhaus bezeichnet.

Das Krankenhaus liege fast 70 Kilometer vom Wohnort entfernt und somit „weit entfernt“. Das Geld, das die langen Fahrten bei den täglichen Besuchen kosten würden, sei es der Frau wert. Die Wahl des Krankenhauses hätten der Patient und seine Frau besprochen und sich dann für das *Krankenhaus I* entschieden: „Mir hänn des untereinander besproche, unn da hot er zugesagt. Ma muss ja au wisse ob er will odda net, odda? [...] Des hänn ma alles zsamme gmacht. I mach des net eloi. Do wär i ja nochhea schuld an ebbes. (lacht)“.

Die Frau des Patienten äußerte, dass sie mit dem *Krankenhaus I* sehr zufrieden seien und jederzeit wieder kommen würden. Außerdem würde sie jedem der fragt, das *Krankenhaus I* als „ganz tolles Krankenhaus“ empfehlen.

Bei einer eventuellen neuen Informationssuche zu Krankenhäusern gab die Patientenfrau an, dass sie zunächst Erfahrungsberichte ehemaliger Patienten aus dem Freundes- und Bekanntenkreis einholen würde. Dass der Patient gesetzlich krankenversichert sei, habe bei der Krankenhauswahl keine Rolle gespielt. Das richtige Krankenhaus zu wählen sei sehr wichtig für eine erfolgreiche Behandlung, vor allem die richtigen Ärzte. Vom Pflegepersonal werde Hilfe erwartet.

#### **5.2.6. Patient 6**

Der Patient wurde von seinem Arzt überwiesen, ohne dass dieser die Einweisung näher begründet hätte. Laut des Patienten würde seine Erkrankung – ein Tumor in der Speiseröhre - ausschließliche im *Krankenhaus I* behandelt bzw. sei es das nächstgelegene Krankenhaus, in dem solch eine Erkrankung behandelt werde. Der Patient erhalte zunächst eine Chemo-Therapie, um den Tumor zu verkleinern, sodass er dann operativ entfernt werden könne.

Der Patient hat sich nach eigener Angabe nicht weiter über Krankenhäuser informiert, sondern sich auf seinen Arzt verlassen. Die Behandlung habe außerdem dringend begonnen werden müssen.

#### **5.2.7. Patient 7**

Der Patient sprach nur schlecht Deutsch, sodass die Antworten teils schwer verständlich waren. Er gab an wegen einer Krebs-Diagnose behandelt zu werden. Ihm sei von seinem behandelnden Facharzt das *Krankenhaus I* empfohlen worden. Der Arzt habe diese Empfehlung nicht eingehender begründet, da er gemerkt habe, dass der Patient psychisch „am Boden“ gewesen sei. Der Patient gab an, sich auch nicht mehr anderweitig über Krankenhäuser informiert zu haben. Das richtige Krankenhaus sei insofern wichtig, da nicht alle Krankenhäuser nicht alle Erkrankungen behandeln könnten.

Auf sein medizinisches Hintergrundwissen angesprochen gab der Patient an, in seinem Heimatland Tierarzt (gewesen?) zu sein. Dies sei für ihn jetzt allerdings insofern von ‚Nachteil‘, da er verstehe, was die Ärzte besprechen würden bzw. was in den Papieren –z.B. Arztbriefen – stehe.

Ein Professor habe ihm am Vortag des Interviews gesagt, dass er gute Chancen habe. Obwohl dem Patienten im Interview seine Angst und Sorge stark anzumerken waren und er gedrückter Stimmung war, äußerte er „auf gut Deutsch: Die Hoffnung stirbt zuletzt“. Da der

Tumor im Kopf operativ sehr schwer erreicht werden könne, erhalte er aktuell Bestrahlungen und Chemo-Therapie. Letztes Jahr sei bereits ein Nierentumor entfernt worden.

Bei den Ärzten wusste er zu schätzen, dass sie freundlich seien und sich gut auskennen würden. So könne man ihnen Frage stellen, die sie auch beantworten würden. Er gab an mit den Ärzten zufrieden zu sein<sup>13</sup>.

#### **5.2.8. Patient 8**

Die Patientin gab drei Gründe an, aus denen sie das *Krankenhaus I* für die Behandlung gewählt habe. Der erste Grund sei medizinisch, der zweite die Nähe zum Wohnort und der dritte – weniger wichtige Grund – seien die Kolleginnen hier. Die Patientin sei nämlich selbst Krankenschwester und kenne daher die Krankenhäuser in der Gegend ein wenig.

Der medizinische Grund für Ihre Wahl sei, dass das *Krankenhaus I* bei ihrer Erkrankung „up-to-date“ sei. Die Patientin habe einen Hirntumor. Das sei eine „neurologische Geschichte“ und sie sei mit einer ansässigen Neurologin befreundet. Die habe sie beraten. Sie habe früher in einem anderen Krankenhaus gearbeitet und sei noch mit vielen Kollegen „verbandelt“ gewesen. Daher sei sie erst einmal dorthin gegangen, um etwas abzuklären. Operiert worden sei sie in einem zweiten Krankenhaus und sei jetzt zur Bestrahlung im *Krankenhaus I*. „Das *Krankenhaus I* war lange bekannt als wirklich gute Werkstatt.“

Der zweite Grund, die räumliche Nähe, sei vor allem dafür wichtig gewesen, dass sie selbst leichter ins Krankenhaus kommen könne, vor allem da die Behandlung noch einige Wochen andauern wird.

Bei den Ärzten in dem Krankenhaus, in dem sie operiert worden war, fand sie die medizinische Seite sehr gut, den Umgang mit den Patienten aber überhaupt nicht gut. Hier im *Krankenhaus I* sei letzteres anders. Hier fühle sie sich gut aufgehoben und wohl.

Ärzte sollten ehrlich und offen mit ihren Patienten umgehen, was auch wieder eine Menge Einfühlungsvermögen voraussetze.

---

<sup>13</sup> Die psychische Belastung durch seine Erkrankung war dem Patienten auch während des Interviews deutlich anzumerken. Daher wurde darauf verzichtet, zu sehr ins Detail zu gehen, um ihn nicht unnötig zu belasten (Kapitel 3.). Außerdem wurde dem Patient gut zugesprochen und versucht, seine Stimmung zu heben bzw. ihn dazu zu bringen, sich auf die Aussage des Professors zu fokussieren, dass er gute Chancen habe.



### 5.2.9. Patient 9

Der Patient gab an seit über 30 Jahren in der Stadt zu wohnen. Daher sei klar gewesen, dass die Krankenhäuser in dieser Stadt in die Auswahl kommen würden. Seine Krankengeschichte gehe 15 Jahre zurück. Damals habe ihm sein Hausarzt – ohne nähere Begründung dieser Empfehlung – geraten in die Nephrologie des *Krankenhaus I* zu gehen. Dies habe er dann auch getan, ohne sich noch weiter zu informieren, wo er noch hingehen könne. Seitdem sei er im *Krankenhaus I* in ambulanter Behandlung gewesen. In dieser Zeit habe er seit etwa 12 Jahren den gleichen behandelnden Arzt gehabt, sodass über die Zeit ein Vertrauensverhältnis gewachsen sei. Als die Operation notwendig wurde, habe der Patient aber erfahren, dass dieser Arzt die Operation gar nicht selbst durchführen könne. Bis zu diesem Zeitpunkt sei er aber davon ausgegangen, dass dieser Arzt das tun würde. Nachdem das geklärt gewesen sei, habe er dann den eigentlichen Chirurgen kennen gelernt, mit dem er Gespräche geführt habe. Dabei sei es unter anderem darum gegangen, wie oft er diese Operation schon durchgeführt habe, wie groß also die Erfahrung des Arztes sei, und wo in Deutschland diese Operation noch durchgeführt werden würde. Der Patient sei darüber aufgeklärt worden, dass es Kliniken in Deutschland gäbe, die wesentlich mehr Transplantationen durchführen würden. Auf die Frage des Patienten an den Chirurgen, was er an seiner Stelle tun würde, habe dieser geäußert, dass er es genauso handhaben würde wie der Patient, letztlich aber darauf vertrauen würde, dass die Ärzte hier auch fit seien. So würden im *Krankenhaus I* über 30 dieser Operationen im Jahr durchgeführt und das schon seit vielen Jahren. Dadurch beruhigt habe der Patient sich dann gesagt, dass er den Operateuren vertrauen könne. Erleichternd für die Entscheidung sei hinzugekommen, dass er quasi in fußläufiger Entfernung zum *Krankenhaus I* wohne.

Bis vor einem halben Jahr habe der Patient gehofft, dass es noch länger dauern würde, bis eine Transplantation notwendig würde. Daher habe er sich bis dahin nicht viele Gedanken darum gemacht, sondern „ganz normal“ gelebt. Aufgrund eines rheumatischen Problems sei er auch in einem anderen Krankenhaus in Behandlung. Durch die Untersuchungen dort sei als Nebeneffekt auch sein nephrologisches Problem bestätigt worden. Zu einem anderen Nephrologen sei er, auch wegen dieser Bestätigung des Befunds, nicht mehr gegangen.

Die räumliche Nähe des *Krankenhaus I* zum Wohnort und Arbeitsplatz sei über die Jahre sehr wichtig gewesen. Der Patient müsse nämlich zweimonatlich zur Kontrolle kommen, sodass es „total praktisch“ gewesen sei, nach der Arbeit ins *Krankenhaus I* zu fahren und dann nach Hause laufen zu können. Die Nähe zum Wohnort sei auch insofern gut, dass er leicht Besuch bekommen könne. Dies sei jedoch kein Kriterium gewesen, sich für das *Krankenhaus I* zu entscheiden.

Der Patient gab an privat krankenversichert zu sein. Es habe bei der Abrechnung nie Probleme gegeben und es sei bislang immer alles anstandslos von seiner Krankenkasse übernommen worden.

Der Patient gab an, dass er niemals in ein kleines Krankenhaus gehen würde. Denn da habe er nicht das notwendige Vertrauen in die Klinik, da die guten Ärzte bevorzugt an die großen Kliniken gehen würden. Dort könnten sie besser Karriere machen und vermutlich auch mehr verdienen. Daher bezweifle er, dass in Kleinstädten oder auf dem Land die gleiche Kompetenz vorzufinden sei. Sein bester Freund sei Arzt und habe dem Patienten vor einigen Jahren nach einem Unfall geraten nicht in ein ländliches Krankenhaus zu gehen. Die Behandlung in dem städtischen Krankenhaus sei super gelaufen und alles wäre prima geworden. Diese Erfahrung stecke noch in ihm drin, und dass wenn schon ein Arzt eine solche Empfehlung ausspreche, da etwas dran sein müsse. Daher würde er immer ein großes Krankenhaus bevorzugen.

Der Patient gab an, sich über seine Krankheit nicht weiter informiert zu haben, da er das alles auch nicht genauer wissen wolle! Falls er sich aber informieren wolle, würde er sich über das Internet informieren. Über Ärzte als Informationsquelle würde er keine Informationen einholen, da diese ihre bevorzugten Stellen hätten, zu denen sie die Patienten schicken würden. Auch im Bekanntenkreis sei es schwierig, da man höchstens äußern könne, mit einem Arzt zufrieden zu sein, ohne wirkliche Vergleichsmöglichkeiten oder eine Übersicht zu haben.

#### **5.2.10. Patient 10**

Der Weg des Patienten ins *Krankenhaus I* habe über die Behandlung seiner Frau geführt. Sie war an Krebs erkrankt und wurde von der Fachärztin in eine Zweigstelle eines großen Krankenhauses überwiesen. Dabei hätten der Patient und seine Frau festgestellt, dass der sie behandelnde Arzt ein exzellenter Operateur sei. Dieser Arzt habe dann die Frau des Patienten zu den Radiologen des *Krankenhaus I* geschickt, wo eine Strahlen-Therapie erfolgt sei. Im Folgenden seien nach der Behandlung durch Bestrahlung und Chemo-Therapie, „als alles geklärt schien“, im Beckenbereich Metastasen festgestellt worden. Diese hätten das Becken zerstört woraufhin das Kreuzbein weggebrochen sei. Aufgrund der Schwere dieser Verletzung sei die Frau dann bei einem Professor im *Krankenhaus I* vorgestellt worden, der solche Verletzungen behandeln könne. Der Professor habe die Frau herausragend behandelt.

Nun seien bei dem Patienten Knie-Probleme aufgetreten: Er leide unter Arthrose, wobei er die Behandlung hinaus gezögert habe, da er seine Frau gepflegt habe. In der Privatsprechstunde des Professors, der seine Frau behandelt habe, habe er dann wegen seines Knies vorgesprochen und habe im Gespräch gleich Vertrauen zu ihm gefasst. Deswegen habe der Patient auch nicht mehr weitere Informationen gesucht, sondern beschlossen sich von ihm behandeln zu lassen. Ein weiterer Vorteil sei gewesen, dass die zeitliche Abstimmung der Operation des Patienten so erfolgen konnte, dass er operiert wurde, während seine Frau in Reha war. Dadurch könnten er und seine Frau im Anschluss zusammen nach Hause gehen.

Weder bei seiner Frau noch bei sich, hätten sie nach Alternativen gesucht. Der Patient habe „nicht mal den geringsten Gedanken daran verschwendet“ sich anderweitig umzuschauen. Er habe es auch sehr zu schätzen gewusst, dass der Professor ihm die „Verschraubungen“ bei seiner Frau und auch das Implantat für sein Knie gezeigt habe. Als Maschinenbauingenieur interessiere er sich sehr für solche Konstrukte. Zudem sei es sehr vertrauensfördernd gewesen, da der Professor damit auch gezeigt habe, dass er die Technik verstehe und beherrsche.

Die Entfernung zum Krankenhaus habe keine Rolle gespielt. Ein anderes Krankenhaus liege sogar ein paar Kilometer näher am Wohnort. Auch hinsichtlich der einfacheren Erreichbarkeit für Besucher sei die Entfernung nicht wichtig gewesen, da der Heil- und Therapieerfolg im Vordergrund gestanden habe. Als „Sahnehäubchen“ bezeichnete der Patient die Möglichkeit im Anschluss an seine Operation mit seiner Frau zusammen in Rehabilitation gehen zu können.

Der richtige Arzt habe die oberste Priorität, nicht unbedingt das Krankenhaus. Man solle unbedingt den besten Experten suchen. Bei den Ärzten sei auch die soziale Kompetenz wichtig. Diese Kompetenz habe sich beispielhaft daran gezeigt, dass sein Arzt es ermöglicht habe, dass der Patient zusammen mit seiner Frau in Reha werde gehen können.

Der Patient gab an privat versichert zu sein. Seine Frau sei basisversichert mit privaten Zusatzversicherungen.

#### **5.2.11. Patient 11**

Der Patient wurde nach eigenen Angaben vor drei Jahren wegen eines mehrfachen Bruchs an seinem Sprunggelenk operiert. Nach der Operation habe ein Professor die Röntgen- und Tomographie-Aufnahmen mit „Da ist irgendetwas nicht in Ordnung gemacht worden“ kommentiert. Das Metall sei früh raus gekommen, da es geschmerzt habe. Allerdings seien

wieder Schmerzen aufgetreten, woraufhin eine Spiegelung vorgenommen worden sei. Dabei sei ein Knocheninfarkt festgestellt worden. Bei der aktuellen Behandlung sei wegen einer Hüftnekrose eine neue Hüfte eingesetzt worden. Diese Operation hätte er auch in dem anderen Krankenhaus machen lassen, wenn der Professor nicht die Andeutung gemacht hätte, dass beim Sprunggelenk etwas nicht richtig gemacht worden sei. Daher habe er sich nach einem anderen Krankenhaus umgehört.

Sein Hausarzt habe ihm das *Krankenhaus I* empfohlen, da für alle möglichen Komplikationen die entsprechenden Fachärzte im Haus seien. Außerdem habe sein Hausarzt gesagt, dass er auch selbst ins *Krankenhaus I* gehen würde. Die Empfehlung durch den Hausarzt sei einer der Hauptgründe gewesen, aus dem sich der Patient für das *Krankenhaus I* entschieden habe. Seinen Hausarzt kenne er seit über 25 Jahren und es bestehe ein gutes Vertrauensverhältnis.

Der Patient gab an, sich auch im Internet informiert zu haben. Dabei habe er aber immer den Hintergedanken gehabt, für alle Fälle Fachleute vor Ort zu haben, die sofort hinzugezogen werden könnten. Was diese verschiedenen Fachleute angehe, sei das *Krankenhaus I* am besten ausgestattet, sodass man am besten versorgt werden könnte. Es hätten ihn mehrere Orthopäden in eine orthopädische Klinik in einer anderen Stadt schicken wollen. Dort gäbe es aber ausschließlich Orthopäden und keine anderen Fachärzte, sodass nach der Meinung des Patienten die Besetzung für den Notfall nicht so gut sei.

Der Patient gab an, sich bei mehreren Krankenhäusern informiert zu haben, ob es Spezialisten gäbe und wie oft seine Operation durchgeführt würde. Er habe angenommen, dass eine größere Frequenz der Durchführung dieser Operation auch mehr Routine bedeuten würde. Zudem habe er sich nach dem Risiko der Operation erkundigt, sowie der Heilungschance bei verschiedenen Behandlungsarten. Dabei habe er sich für die Behandlungsvariante entschieden, bei der das nachhaltig beste Ergebnis zu erwarten sei. Eine weitere Frage sei gewesen ob für den Notfall Blutkonserven vorhanden seien. Auch über die Reha im Anschluss habe er sich informiert. Bei letzterem seien auch die zusätzlich entstehenden Kosten wichtig gewesen, da er als Rentner nur eine kleine Rente beziehen würde. Die Nähe zum Wohnort – mit dem Auto etwa 15 Minuten Fahrt – sei nicht wichtig gewesen, da sowohl seine Frau als auch seine Tochter ein Auto hätten. Auch der öffentliche Nahverkehr sei gut nutzbar.

Der Patient gab an auch mit den Uni-Kliniken in Tübingen und Heidelberg geliebäugelt zu haben. Aber nachdem er festgestellt habe, dass das *Krankenhaus I* mindestens genauso gut sei, habe er sich dafür entschieden. Der Service und die Organisation in der anderen Klinik seien jedoch besser gewesen. Er habe sich jedoch durch die Bemerkung des Professors bei der Betrachtung der Aufnahmen beeinflussen lassen.

Als Erwartung an die Ärzte habe er, dass sie sich für die Patienten einsetzen und eventuelle Fragen richtig beantworten. So habe er im Internet verschiedene Erfahrungsberichte gelesen, bei denen unter anderem angegeben wurde, dass die Ärzte an einem anderen Krankenhaus lügen würden, um sich selbst zu schützen. Der Patient gab an, sich nicht vorstellen zu können, dass jemand im Internet unwahre Berichte schreibe. Irgendetwas müsse vorgefallen sein, auf das sich der Schreiber beziehe. Wäre nichts vorgefallen, würde nichts geschrieben werden, da ja klar sei, dass das, was geschrieben werde, auch gelesen würde.

#### **5.2.12. Patient 12**

Der schwer atmende und sich ständig räuspernde Patient wurde von seinem Haus- und seinem Facharzt wegen Speiseröhren- und Lungenkrebs ins *Krankenhaus I* eingewiesen. Als Begründung für seine Empfehlung des *Krankenhaus I* habe der Arzt die vorhandenen Geräte und die Erfahrung der Ärzte genannt. Zusätzlich hatte sich der Patient im Bekanntenkreis umgehört. Die Entfernung zum Wohnort sei für den Patienten nicht wichtig gewesen. Auch weiter entfernt liegende Krankenhäuser wären für ihn in Frage gekommen. Dass auch weiter entfernt wohnende Patienten ins *Krankenhaus I* kommen würden, würde jedoch für das *Krankenhaus I* sprechen.

Das richtige Krankenhaus zu wählen sei für die Behandlung wichtig, wobei man das im Voraus nur schwer beurteilen könnte. Eine eigene medizinische Kompetenz oder medizinisches Fachwissen seien nicht vorhanden. Der Patient gab an, sich auf die Ärzte verlassen zu müssen. Als Erwartung an die Ärzte äußerte der Patient, dass diese auf Fragen Auskunft geben sollten. Die Erwartung an das Pflegepersonal sei, dass es „auf Zack“ sei, wenn man etwas brauche.

Hinsichtlich der Empfindung der Schwere der Erkrankung gab der Patient an, schon über ein Jahr erkrankt zu sein. Zum Ende des Interviews sagte er, er habe sich inzwischen „eingefügt“ denn „leider kann man mir nicht mehr helfen“.

#### **5.2.13. Patient 13**

Der Patient gab an, sich nicht selbst für das *Krankenhaus I* entschieden zu haben. Das *Krankenhaus I* habe eine zwar „Vielfalt an Disziplinen“ aber er sei „praktisch willen- und wehrlos gewesen“, als er als akuter Notfall vom Krankenwagen ins *Krankenhaus I* gebracht

worden sei. Das sei jetzt das fünfte Mal gewesen, wobei das zugrunde liegende Problem noch unbekannt sei.

Da sich der Patient somit nicht eigenmächtig und eigenständig für das Krankenhaus entschieden hat, wurde das Interview abgebrochen.

#### **5.2.14. Patient 14**

Die Patientin gab an, dass die medizinische Kompetenz am *Krankenhaus I* der ausschlaggebende Grund für ihre Wahl gewesen sei. 2009 habe man dort ihre „Haut gerettet“, als sie eine Nierenkolik gehabt habe. Sie sei mit einem Nierenstein zuerst in zwei andere Krankenhäuser gekommen. Sie habe dort kein gutes Gefühl gehabt und daher die Operation verweigert. Es sei ihr alles zu schnell gegangen. Sie habe sich dann aber doch zur Operation entschieden. Dabei sei es zu Komplikationen gekommen, woraufhin sie einen Nierenkatheter bekommen habe ohne über alles aufgeklärt worden zu sein. Sie sei nach zwei Tagen mit dem Katheter und Schmerzen entlassen worden. Bei einem Gespräch zwei Tage später wollte „der Oberarzt [...] nicht in meine Augen gucken“. Da habe sie erkannt, dass irgendetwas schief gelaufen sei. Der Nierenkatheter sei von ihrem Urologen mehrmals gewechselt worden, wobei es immer Blutungen gegeben habe. Sie habe auch immer Blut im Urin gehabt. Ihr sei gesagt worden, dass irgendetwas schief gelaufen sei und sie zurück in das Krankenhaus solle, in dem sie operiert worden war. Dort sei aber kein Fehler zugegeben worden. Nach viermonatigem Hin und Her habe ihr ihre Hausärztin das *Krankenhaus I* empfohlen. Dort sei sie operiert worden, da ein Teil des Harnleiters „kaputt war“. Seitdem habe sie keine Probleme mehr gehabt.

#### **5.2.15. Patient 15**

Die Patientin gab an bislang wegen Bluthochdrucks in einem anderen Krankenhaus in Behandlung gewesen zu sein. Seit jetzt noch Kammerflimmern hinzugekommen wäre, sei sie ins *Krankenhaus I* gewechselt, da es da ein Herzzentrum gäbe. Sie sei auch schon in einigen anderen Krankenhäusern gewesen, in denen sie zufrieden war.

Zur Wichtigkeit des richtigen Krankenhauses sagte die Patientin, dass es zunächst wichtig sei, den richtigen niedergelassenen Arzt zu haben, der einen dann ins richtige Krankenhaus einweise. Ihren Weg ins *Krankenhaus I* habe sie jedoch nicht über ihren Hausarzt gefunden,

sondern über ein anderes Krankenhaus. Dort habe man ihr gesagt, „wenn wieder etwas is, soll ich ins [*Krankenhaus I*] gehe“.

Wenn sie länger anhaltendes Herzflimmern habe, hole sie „die Sanitäter und lass mich hierher bringe“. Sie werde dann auch immer aufgenommen. So auch dieses Mal, wo sie zunächst auf eine andere Station aufgenommen wurde, da in der Fachabteilung kein Bett frei gewesen sei. Die „Todesängste lassen dann auch bissl nach, wenn man weiß, man ist in guten Händen“. Sie habe die Hoffnung, dass das Vorhofflimmern irgendwann nicht mehr auftrete, wenn die passenden Medikamente entwickelt würden. Drei bis fünf Wochen könne sie zwar damit leben, aber sie würde dann ganz schwach und könne nicht mehr laufen oder Treppen laufen. Erschwerend komme hinzu, dass sie Asthmatikerin sei und daher ohnehin immer mit Atemnot zu kämpfen habe.

Von den Ärzten erwarte sie hauptsächlich medizinische Kompetenz. An das Pflegepersonal habe sie keine großen Erwartungen. Sie wisse, wie überarbeitet es sei und mache daher so viel wie möglich selbst.

#### **5.2.16. Patient 16**

Die am Vortag frisch operierte Patientin gab an, sich für das *Krankenhaus I* entschieden zu haben, weil es da eine Gefäßchirurgie gäbe, da sie sich habe an einer verstopften Arterie operieren lassen müssen. Es gäbe zudem nicht viele Krankenhäuser in der Stadt, die eine Gefäßchirurgie haben. Sie sei schon vorher im *Krankenhaus I* gewesen. Über Krankenhäuser im weiteren Umfeld um die Stadt herum habe sich die Patientin nicht informiert. Die Kenntnis von der Gefäßchirurgie im *Krankenhaus I* habe sie über ihren Hausarzt bekommen. Von wem die Patientin letztlich ins *Krankenhaus I* eingewiesen wurde blieb im Interview jedoch unklar. Zuerst gab die Patientin an, sie sei von ihrem Hausarzt eingewiesen worden, dann von einer Neurologin, dann von einem Chirurgen. Sie sei schon im vorhergehenden Jahr für die Operation vorgesehen gewesen, was aber aufgrund eines Oberschenkelhalsbruchs habe verschoben werden müssen.

Als Erwartung an die Ärzte nannte die Patientin, dass ihre Arterien gut ausgeschabt worden seien, sodass sie wieder gut laufen könne. Konkrete Erwartungen an das Pflegepersonal äußerte die Patientin nicht.

### **5.2.17. Patient 17**

Der Patient hatte nach eigener Aussage keine Alternativen zum *Krankenhaus I*, da er dort vor etwa acht, neun Jahren hier ein Transplantat erhalten habe und auf die Transplantationsliste gekommen sei. Damals sei die räumliche Nähe wichtig gewesen und er habe nichts „Negatives gehört, zumindest nicht über die Nephrologie“. Bei negativen Erfahrungen hätte er jedoch das Krankenhaus gewechselt und wäre auch bereit gewesen, weiter zu fahren. Ein Krankenhaus einzuschätzen sei sehr schwer. Letztlich könne man es nur am Behandlungserfolg messen.

Bei seinem ersten Besuch im *Krankenhaus I* vor 15 Jahren, um die Dialyse zu beginnen, sei es ihm von seinem Arzt empfohlen worden. Außerdem habe er seine Schwester gefragt, die damals Krankenschwester gewesen sei. Sie hatte ihm das *Krankenhaus I* ebenfalls empfohlen.

Die Wichtigkeit, im richtigen Krankenhaus behandelt zu werden, sei nach seiner Erfahrung sehr hoch. Es seien bei ihm im Laufe der Jahre auch viele Behandlungen vorgenommen worden. Als Erwartung an die Ärzte formulierte er, dass sie ihm helfen könnten und dass sie gut informieren und aufklären. An das Pflegepersonal habe er keine großen Erwartungen. Er habe auch immer das Glück gehabt, sehr selbstständig gewesen zu sein. Auch nach der Operation habe er recht schnell wieder aufstehen und sich selbst helfen können.

### **5.2.18. Patient 18**

Der Patient gab an, dass der Hausarzt gesagt habe, dass das *Krankenhaus II* die Weiterbehandlung seines Diabetes übernehmen solle und den Patient direkt dahin überwiesen habe. Der Patient hatte angenommen, dass dem Hausarzt die diabetologische Abteilung vermutlich bekannt gewesen sei und habe auch keine weitere Informationssuche mehr betrieben, sondern sei gleich in das *Krankenhaus II* gegangen.

Der Patient werde wegen des Diabetische Fußsyndroms behandelt. Bei einer früheren Behandlung, bei der der große Zeh amputiert werden musste, sei der Patient in einem anderen Krankenhaus behandelt worden, nämlich der Uni-Klinik. Da habe er das erste Mal einen Vergleich gehabt. Er gab an, es im *Krankenhaus II* besser zu finden. So seien die Räume neu und gut eingerichtet und die Ausstattung der Zimmer sei gut. Der Personalschlüssel sei hier ebenfalls besser als an der Uni-Klinik, was sich unter anderem an der schnelleren Reaktion auf das Klingeln nach dem Personal zeige. Hier im Haus gehe es ruhiger und familiärer zu, was wohl auch mit der Größe des Krankenhauses zusammenhänge. Die Umgebung werde vom Patient sehr positiv wahrgenommen.



Der Patient betrachte sich als „den Ärzten ausgeliefert“ und müsse darauf vertrauen, dass er vom Fachpersonal optimal versorgt werde. Und das obwohl man in der Presse zum Beispiel davon lese, dass Menschen unnötig Körperteile verlieren, zum Beispiel aufgrund von Blutvergiftungen.

Der Patient glaubte, dass sich die Behandlungsqualität zwischen den Krankenhäusern stark unterscheiden würde. Für die Amputation zwei anderer Zehen seien in diesem Haus keine Kapazitäten frei gewesen, sodass er in ein anderes Krankenhaus habe gehen müssen. Die operative Qualität habe sich zwischen den Häusern deutlich unterschieden. In diesem anderen Krankenhaus würde aber auch deutlich mehr operiert und alles sei professioneller organisiert. Es gäbe aber auch große Unterschiede beim Personal innerhalb eines Krankenhauses.

Da das Pflegepersonal nicht immer alles machen dürfe – z.B. dürfen Krankenpflegeschüler keine Infusionen legen – könne es dauern bis man nach dem Klingeln richtig versorgt wird. Dazu stellte der Patient einen Vergleich mit einem Restaurant an: Ein guter Kellner würde sehen, wenn ein Glas leer ist und wisse, was und wie viel man konsumiert habe. Diese Art von Aufmerksamkeit und Kompetenz würde er sich auch im Krankenhaus wünschen. Aufgrund der Hektik und Dringlichkeit der verschiedenen Aufgaben für das Pflegepersonal äußerte der Patient aber auch Verständnis dafür, dass es manchmal länger dauere.

In Uni-Klinik sei eine Fremdfirma mit der Reinigung betreut gewesen. Dort sei jeden Tag alles gewischt und gereinigt worden. Dies sei im *Krankenhaus II* nicht der Fall. So sei zum Beispiel eine kleine Verunreinigung mit Blut am Bettgestell über eine Woche nicht beseitigt worden. Die Gründlichkeit der Reinigung unterscheide sich aber auch sehr stark zwischen den einzelnen Fachkräften, die zudem oft unterbezahlt seien.

#### **5.2.19. Patient 19**

Die Patientin gab an, schon seit über 26 Jahren Diabetes zu haben und dass sich nun Folgeschäden einstellen würden. Der Umgang mit ihrer Krankheit wurde von ihr als eher lässig beschrieben, so kontrolliere sie zum Beispiel ihre Blutwerte nicht ausreichend.

Die Patientin habe das Diabetische Fußsyndrom und sei 2009 in der Fußambulanz des *Krankenhaus II* gewesen. Solche eine Fußambulanz gäbe es nach Wissen der Patientin in dieser Stadt ausschließlich im *Krankenhaus II*. Bei der Untersuchung 2009 sei festgestellt worden, dass ein Teil des Fußes amputiert werden müsse. Die Patientin sei damals gleich aufgenommen worden, wobei die Atmosphäre so freundlich, positiv und liebenswürdig gewesen sei, dass die damals wenig krankenhauserfahrene Patientin davon sehr überrascht

gewesen wäre. Danach sei eine weitere Amputation erfolgt und auch da sei ihr klar gewesen, dass sie aufgrund der Atmosphäre wieder in das *Krankenhaus II* gehen wolle. Auch der Dachgarten spiele für sie als Raucherin eine Rolle. Alles sei sehr gepflegt und man bekomme – soweit machbar – jeden Wunsch erfüllt.

Ihr Hausarzt, ein Diabetologe, habe ihr das *Krankenhaus II* damals empfohlen und sie wohne in der Nähe. Nachdem die Patientin das *Krankenhaus II* kennengelernt hatte, habe sie es als „Sechser im Lotto“ angesehen. Die Patientin habe sich auch ausschließlich über den Hausarzt informiert. Laut Aussage des Hausarztes, zu dem ein gutes Vertrauensverhältnis bestehe, sei das *Krankenhaus II* das Beste.

Die Patientin gab an, dass sehr viele ältere Menschen im Internet „rumwühlen“, bezweifelte aber, ob ältere Menschen sich im Internet gut und gezielt informieren könnten. Eine Informationsmöglichkeit beim Hausarzt wäre sinnvoll.

Die Auswahl des richtigen Krankenhauses sei „lebensnotwendig“. Die Behandlung unterscheide sich sehr stark zwischen den Krankenhäusern. Die Patientin habe schon 20 bis 30 Gastroskopien gehabt und bei einer davon (in einem anderen Krankenhaus) so schlechte Erfahrungen gemacht, dass sie dort keinesfalls wieder hingehen wolle.

Von Ärzten erwarte die Patientin eine umfassende Aufklärung, bestmögliche Behandlung sowie Tipps und Ratschläge, wie Prophylaxe betrieben werden kann. Dazu möchte sie vom Arzt direkt im Gespräch informiert werden. Informationsbroschüren seien ihr zu allgemein, um wirklich zu helfen. Sie wolle auch Fragen stellen können und passende Ratschläge erhalten – unabhängig davon, ob sie sie dann befolge oder nicht.

Vom Pflegepersonal erwarte die Patientin freundliche, höfliche und aufmerksame Behandlung und Unterstützung.

#### **5.2.20. Patient 20**

Die Patientin sei 2008 oder 2009 in einer Unfallklinik gewesen und das *Krankenhaus II* sei ihr von dort empfohlen worden. Vor allem auch deswegen, weil es hier eine Ambulanz gäbe. Dies sei bei der Unfallklinik nicht der Fall. Für die weitere Wundversorgung sei eine Ambulanz aber wichtig. Die Patientin sei auch schon in anderen Krankenhäusern gewesen und habe damals auch das *Krankenhaus II* ausprobieren wollen. Sie sei mit dem *Krankenhaus II* eher zufrieden. Sie habe sehr viele und auch viele weniger gute Erfahrungen mit Krankenhäusern gemacht. Zur Auswahl der Krankenhäuser äußerte sie, dass man meistens irgendwo eingewiesen werde.

Manche Leute würden sich z.B. über Spezialisten an den Krankenhäusern informieren, wüssten dann aber auch nicht, ob der Spezialist wirklich so gut sei, wie es heiße. Andere würden sagen: „Das ist in der Nähe, da kann ich schneller Besuch kriegen.“

Die Wahl des Krankenhauses hänge aber auch von der Erkrankung ab, so könne zum Beispiel ein entzündeter Blinddarm überall behandelt werden.

Die Patientin habe gute Erfahrungen im *Krankenhaus II* gemacht und käme daher auch wieder hierher. Beim ersten Besuch sei sie aber gespannt gewesen, wie es laufen würde.

### **5.2.21. Patient 21**

Die Patientin kam aufgrund der Empfehlung ihrer Diabetologin in das *Krankenhaus II*. Begründet worden sei diese Empfehlung mit der Spezialisierung des *Krankenhaus II* auf Diabetes. Die Patientin sei vorher in anderem Krankenhaus gewesen. Auch dort habe es geheißen, dass das *Krankenhaus II* besser spezialisiert sei und eine diabetologische Abteilung vorhanden sei.

Das richtige Krankenhaus sei wichtig für die Behandlung, da es Krankenhäuser gäbe, in denen sich die Ärzte keine Zeit für die Patienten nehmen und alles „husch husch“ gehen müsse. Im *Krankenhaus II* würden die Ärzte den Patienten zuhören und auf Wünsche eingehen. Die Patientin habe dies aber nicht schon vorher gewusst, sondern es erst durch ihre Erfahrung im *Krankenhaus II* erfahren.

Hinsichtlich möglicher Informationsquellen wünsche sich die Patientin übersichtliche Informationsmöglichkeiten für verschiedene Krankheiten, z.B. über Behandlungsmöglichkeiten und Spezialisierungen. Denkbar wäre ein Forum im Internet, in dem alle Krankenhäuser mit Behandlungsmöglichkeiten aufgeführt würden und in dem man einfach suchen könne.

Ärzte sollten aufmerksam sein und Zeit für die Patienten haben. Sie sollten genau arbeiten und alles gut absprechen, zum Beispiel auch dass das Pflegepersonal über alles informiert werde. Das Eingehen auf die Patienten sei wichtig.

Das Pflegepersonal solle Rücksprache mit den Ärzten halten. Die Patientin habe in anderen Krankenhäusern die Erfahrung gemacht, dass das Pflegepersonal nach einem Schichtwechsel oft Absprachen oder geänderte Anordnungen nicht kenne. Das könne vor allem bei solchen Patienten zu Problemen führen, die nicht mehr so gut selbst aufpassen könnten, weil sie zum Beispiel an Demenz leiden.

Die eigenen medizinischen Kenntnisse der Patientin über Diabetes seien nach über 17 Jahren mit der Krankheit recht gut. Die Krankheit wurde im Alltag als einschränkend empfunden. Auf der Arbeit oder beim Weggehen mit Freunden „kann man nicht einfach die Spritze rausholen und den Cocktail wegspritzen“. Es gäbe aber schlimmere Krankheiten und Diabetes sei gut behandelbar. Viele, vor allem Jüngere, würden die Krankheit aber eher verheimlichen und nicht wollen, dass andere es mitbekommen, dass man darunter leide.

#### **5.2.22. Patient 22**

Bei dem Patienten sei im Vorjahr an einer Fußzehe entdeckt worden, dass gelbes Sekret austrete. Der Hausarzt, bei dem der Patient schon über 15 Jahre sei, habe den Patienten wegen des Diabetischen Fußsyndroms direkt ins *Krankenhaus II* überwiesen. Nach einer mehrtägigen Beobachtung sei zuerst ein Bypass gesetzt und später der Zeh amputiert worden. Anschließend sei der Patient in der Reha gewesen. Jetzt trete an dem anderen Fuß das gleiche Problem auf. Daraufhin sei der Patient wieder ins *Krankenhaus II* gekommen und nach zweiwöchiger ambulanter Behandlung stationär aufgenommen worden. Es sei ein Bypass gelegt worden und es werde versucht, den großen Zeh zu retten.

Der Patient gab an nicht viel Krankenhauserfahrung zu haben. Zuletzt seien ihm vor elf Jahren in einem Herzzentrum vier Bypässe gelegt worden. Das Zentrum existiere mittlerweile nicht mehr. Der Patient gab an nicht zu wissen, wo er sich über Krankenhäuser informieren könne, außer beim Hausarzt. Der Patient habe sich beim ersten Aufenthalt gut behandelt gefühlt und daher keinen Anlass gesehen, das Krankenhaus zu wechseln, auch wenn er eine weite Anfahrt gehabt habe. Die Kosten für die Anfahrt trage er selbst, aber seine Gesundheit sei ihm das wert.

Der Patient gab an über praktisch keine medizinischen Kenntnisse zu verfügen und sich daher voll auf die Ärzte verlassen zu müssen.

#### **5.2.23. Patient 23**

Der Patient sei vom Hausarzt mit seinem Diabetischen Fußsyndrom zunächst zu einem Chirurgen fehlüberwiesen worden. Dort habe sich sein gesundheitlicher Zustand während der Behandlung und durch die Behandlung verschlechtert. In der Folge sei der Patient zum Diabetologen gegangen. Dieser habe den Patienten sofort in das Krankenhaus II überwiesen, weil es ein Fachkrankenhaus für Diabetologie sei. Der Patient sei vor einigen

Jahren schon mal wegen Bypässen hier gewesen. Im Krankenhaus II sei der Patient erst in die Ambulanz gegangen und sei gleich für den nächsten Tag zur Operation einbestellt worden.

Der Patient gab an, mit seinem Hausarzt nicht zufrieden zu sein, da dieser „nicht mal unter das Pflaster guckt“. Jedoch habe er in der Vergangenheit schon häufig den Hausarzt gewechselt und müsse jetzt aufgrund der räumlichen Nähe bei diesem bleiben.

Die Wahl des richtigen Krankenhauses sei für den Patient sehr wichtig, gerade vor dem Hintergrund seiner Erfahrung mit der Fehlbehandlung, aufgrund derer eine Amputation des Zehs notwendig geworden wäre. In anderen Krankenhäusern sei der Wissensstand der behandelnden Ärzte recht heterogen und die Kompetenz der Ärzte schwanke stark. So hätten sich manche vielleicht etwas angelesen, aber gerade als chronisch Kranker kenne man sich mit seiner Erkrankung oft besser aus. Ein Beispiel dafür seien die Messung des Blutzuckers und die Einnahme von Insulin.

Es gäbe allgemein Schwierigkeit das richtige Krankenhaus zu finden, da zwar beispielsweise ‚Kardiologie‘ angegeben werde, aber ohne genauer darauf einzugehen, was für Behandlungen das mit einschließe. Zudem würden die Fachgebiete aus keinem Telefonbuch ersichtlich, daher müsse man sich zum Beispiel im Internet informieren.

Die Erkrankung schränke das Leben ein, aber man könne sich damit arrangieren: „Wenn man mehr isst, muss man eben mehr spritzen.“

#### **5.2.24. Patient 24**

Der Patient gab an, wegen grünem Star seit 2005 in Behandlung zu sein. Der Krankheitsverlauf sei so, dass sich jetzt die Notwendigkeit einer Operation ergeben habe. Der Patient habe das *Krankenhaus II* auf der Basis der Empfehlung der behandelnden Augenärztin gewählt. In der Regel habe man keine Idee oder Vorstellung, welches Krankenhaus gewählt werden solle. Daher verlasse man sich auf das, was der behandelnde Arzt empfehle. Der Patient habe sich nach der Empfehlung der Fachärztin zwar nicht mehr über andere Krankenhäuser informiert, wohl aber über das *Krankenhaus II*, um eine Vorstellung davon zu bekommen, was ihn erwarte. Grundsätzlich zeigte der Patient die Bereitschaft auch weitere Strecken in Kauf zu nehmen, um in ein gutes Krankenhaus für die Behandlung zu gehen.

Das linke Auge sei schon vor einigen Wochen operiert worden. Jetzt, beim rechten Auge, könne der Patient auf die Erfahrung zurückgreifen, die er hier im *Krankenhaus II* gesammelt habe. Zudem habe der Patient im Vorfeld auch recherchiert und wisse daher, dass das

*Krankenhaus II* hinsichtlich der Behandlung von Augen einen guten Ruf habe. Dieser gute Ruf sei durch die erste Operation bestätigt worden. Das Krankenhaus sei atmosphärisch und menschlich angenehm. Besonders imponiert habe dabei der Chefarzt. Dieser sei den Patienten zugewandt und immer freundlich, auch wenn er viel zu tun habe. Das sei ein entscheidender Faktor, falls nötig wieder ins *Krankenhaus II* zu gehen oder es weiter zu empfehlen. Die beiden Augen-Operationen würden auch die einzige Krankenhauserfahrung darstellen, über die der Patient verfüge. Hinsichtlich anderer Aspekte würden dem Patienten die Entscheidungskriterien fehlen. Zum Beispiel könne die Medizintechnik nicht beurteilt werden oder seien viele Informationen für eine fundierte Auswahl gar nicht verfügbar. Daher sei das Auftreten und Verhalten der Ärzte wichtiger. Da dies im *Krankenhaus II* gut gewesen sei, sei der Patient wiedergekommen.

Im Nachhinein sei im Bekanntenkreis des Patienten auch sehr unterschiedlich über einen bestimmten Arzt in der Uni-Klinik gesprochen worden. Während eine Bekannte sehr von diesem Arzt angetan gewesen wäre, habe ihn ein Bekannter als hektisch, unnahbar und abweisend erlebt. Der Patient äußerte die Vermutung, dass das auch damit zu tun haben könne, dass die zufriedene Bekannte Privatpatientin war. Diese Erzählungen seien jedoch erst nach dem Behandlungsbeginn im *Krankenhaus II* aufgekommen, sodass die Entscheidung davon nicht beeinflusst worden sei.

Die langjährig behandelnde Fachärztin habe bei Überweisung gleich gesagt, dass das *Krankenhaus II* eine gute Klinik sei, dies aber nicht genauer begründet. Nach der langen Behandlungszeit sei Vertrauen zur Ärztin da, sodass dem Urteil vertraut wurde.

Hinsichtlich der Möglichkeit eines Info-Portals stelle sich die Frage nach möglichen Entscheidungskriterien. Diese wären für den Patienten zunächst einmal rein äußerliche Faktoren, weil die fachlich-medizinische Ebene aufgrund des Mangels an umfassendem medizinischem Wissen nicht beurteilt werden könne. Wichtig seien also beispielsweise das Aussehen und die Ausstattung der Zimmer.

Der Patient habe sich im Internet über seine Erkrankung informiert, um Basisinformationen zu gewinnen. Sich zwischen mehreren Häusern zu entscheiden sei trotzdem schwierig gewesen, da die Auswahlkriterien für Laien schwer zu greifen seien. Gegebenenfalls könnten Statistiken und die Erfahrungen anderer helfen, wie es auch bei Hotelbewertungen im Internet der Fall ist. Der Patient vermutete, dass die meisten, die das Krankenhaus beurteilen, zunächst auf Äußerlichkeiten wie die Zimmer eingehen würden, aber auch auf Sauberkeit und Hygiene. Die medizinische Behandlung sei zwar auch ein Punkt, aber zunächst eher auf Gefühlsebene, weniger auf fachlicher Ebene.

Informationen über das Ärzteteam seien dem Patient wichtig. Dazu finde man aber keine Informationen. Höchstens über Hörensagen, könne man etwas darüber erfahren. Bei

Verwandten und Freunden sei beispielsweise darüber gesprochen worden, dass die Geburtsabteilung einen guten Ruf habe. Daraus könne man jedoch auch Rückschlüsse auf das gesamte Haus ziehen.

Das Pflegepersonal solle menschlich und aufmerksam sein. Es seien oft „nur Kleinigkeiten, wie guten Morgen zu sagen und zu lächeln“, die viel ausmachen würden. Das Krankenwesen leide grundsätzlich darunter, dass es zu wenig Personal gäbe, dennoch leiste das Personal im *Krankenhaus II* eine hervorragende Arbeit.

#### **5.2.25. Patient 25**

Der Patient gab an, sich für das *Krankenhaus II* entscheiden zu haben weil sein Sohn in jungen Jahren Probleme mit den Augen hatte. Er wurde damals zuerst ohne Erfolg in einer Uni-Klinik behandelt und dann ins *Krankenhaus II* überwiesen, wo die Behandlung schnell und erfolgreich verlaufen sei. Außerdem habe eine Freundin der Ehefrau des Patienten ebenfalls einige Augenkrankheiten und sei vor kurzem im *Krankenhaus II* zur Behandlung gewesen. Diese Freundin sei so zufrieden mit dem Krankenhaus und dem Behandlungserfolg gewesen, dass das mit ausschlaggebend für den Patienten gewesen wäre, mit seinem Grünen Star in das *Krankenhaus II* zu gehen. Der behandelnde Augenarzt habe zunächst medikamentös behandelt. Nach einiger Zeit hätten die Medikamente aber nicht mehr gewirkt, sodass nur noch die Möglichkeit einer Operation geblieben sei. Der Facharzt habe Verbindungen zum *Krankenhaus II* und den behandelnden Arzt namentlich empfohlen. Es seien auch Internetrecherchen zu Krankenhäusern in der Heimatstadt und ihrer Umgebung durchgeführt worden. Für die Suche nach einer Klinik seien etwa 50 Kilometer die Grenze, die noch akzeptabel wäre. Der Patient würde auch eine weitere Fahrt in Kauf nehmen, wenn dadurch eine wirklich erfolgreiche Behandlung in Aussicht stehen würde.

Die Empfindung der Erkrankung würde zunehmend schwerwiegender und die Erkrankung schränke im normalen Leben ein. Daher sei es auch gut, dass schnell ein Termin verfügbar gewesen sei. Dies sei wichtig, um nicht weiter an Sehkraft einzubüßen. Zudem habe der Patient mittlerweile noch Parkinson bekommen, was die Behandlung erschwert habe.

Der Patient habe – bedingt durch einen Motorradunfall, bei dem auch seine Frau schwer verletzt worden war – viele Erfahrungen mit Krankenhäusern und wisse daher, dass es „horrende Unterschiede“ zwischen Ärzten und Krankenhäusern gäbe. Bei seiner Frau sei es auch zu Fehlbehandlungen gekommen. Aus seinen Erfahrungen folgerte der Patient, dass man sich unbedingt umhören und sich informieren müsse, bevor man in ein Krankenhaus

gehe bzw. eine Behandlung beginne. Schlechte Behandlungen und Probleme müssten dabei nicht einmal am Personal liegen, sondern beispielsweise auch an den Vorgaben für das Personal. Das Pflegepersonal solle aufmerksam und trotz seiner widrigen Arbeitsbedingungen freundlich sein und auf Wünsche eingehen.

Eine Informationsmöglichkeit solle im Internet geschaffen werden. Bis man sich eigenständig durch die online verfügbaren Informationen durchgekämpft habe, vergehe viel Zeit. Besser wäre eine Übersicht, wer auf welche Erkrankungen spezialisiert sei und wie viel Erfahrung habe.

Der Patient erwarte von den Ärzten ein persönliches Gespräch und den Eindruck zu haben, dass der Arzt sich kümmere und verstehe, worum es gehe. Es sei ganz wichtig, nicht „abgefertigt“ zu werden. Das Vertrauen in den Arzt sei von ganz besonderer Bedeutung.



### 5.3. Quantitative Auszählung

Eine zusammenfassende Inhaltsanalyse bzw. quantitative Auszählung (Bohnsack, Marotzki & Meuser 2003, Mayring 2003, Flick, Kardoff & Steinke 2009) ergab hinsichtlich der Entscheidungsgründe für das *Krankenhaus I* das folgende Ergebnis:

Angaben zur Entscheidung für das <i>Krankenhaus I</i>	Absolute Nennungen	Relative Nennungen (in Prozent)
Medizinische Gründe	12	70,6
Nähe (für sich selbst)	8	47,1
Bekanntenkreis	7	41,2
Einweisung, Empfehlung Facharzt	7	41,2
Einweisung, Empfehlung Hausarzt	6	35,3
Gute Vorerfahrung	5	29,4
Vertrauen (z.B. durch Vorgespräche, Erfahrung)	5	29,4
Nähe (für Besuch)	4	23,5
Mitentscheidung Lebenspartner, Freunde	3	17,6
Entscheidung gegen anderes Krankenhaus	2	11,8
Internet: Foren	2	11,8
Internet: Homepages (z.B. Krankenkasse, Krankenhaus)	2	11,8
(Zusatz-)Kosten	1	5,9
Eigene Kenntnisse	1	5,9
Entwicklung des Hauses verfolgt	1	5,9
Hotline der Krankenkasse	1	5,9
Internet: Allgemein, Suchmaschine	1	5,9
Loyalität zu früherem Arbeitgeber	1	5,9
Warteliste	1	5,9
Medienberichte	1	5,9
Zeitplanung	1	5,9

Tabelle 5.3.a: Entscheidungsgründe für Krankenhaus I; Basis: 17 Interviews

Für das *Krankenhaus II* ergab sich folgendes Ergebnis:

Angaben zur Entscheidung für das <i>Krankenhaus II</i>	Absolute Nennungen	Relative Nennungen (in Prozent)
Einweisung, Empfehlung Facharzt	5	62,5
Gute Vorerfahrung	5	62,5
Einweisung, Empfehlung Hausarzt	3	37,5
Medizinische Gründe	1	12,5
Nähe (für sich selbst)	1	12,5
Bekanntenkreis	1	12,5
Guter Ruf	1	12,5
Entscheidung gegen anderes Krankenhaus	1	12,5

Tabelle 5.3.b: Entscheidungsgründe für Krankenhaus II; Basis: 8 Interviews

Die Ergebnisse sind aufgrund der methodischen Eigenheiten der Erhebung – speziell des offenen, narrativen Ansatzes – nur schwer miteinander vergleichbar. Jedoch fällt auf, dass in beiden Häusern ein sehr hoher Anteil der Patienten die Überweisung bzw. Empfehlung ihres Haus- bzw. Facharztes als Grund für die Entscheidung angegeben hat. Im *Krankenhaus II* hatten 62,5 Prozent der Befragten die Einweisung bzw. Empfehlung ihres Facharztes und 37,5 Prozent die Einweisung bzw. Empfehlung ihres Hausarztes angegeben (Tabelle 5.3.b)<sup>14</sup>. Bei *Krankenhaus I* waren es 41,2 (Facharzt) bzw. 35,3 (Hausarzt) Prozent (Tabelle 5.3.a).

Die mit jeweils über 40 Prozent wichtigsten Gründe bzw. Angaben beim *Krankenhaus I* waren explizit medizinische Gründe (70,6 Prozent), Nähe (selbst) (47,1 Prozent) – also die eigene Anfahrtstrecke ohne Berücksichtigung eventueller Besucher –, Empfehlungen und Berichte aus dem Bekanntenkreis (41,2 Prozent) sowie die Einweisung/Empfehlung durch den Facharzt (41,2 Prozent) (Tabelle 5.3.a).

Die mit jeweils über 40 Prozent häufigsten Angaben waren für das *Krankenhaus II* die Einweisung/Empfehlung durch den Facharzt (62,5 Prozent) und gute Vorerfahrungen (62,5 Prozent) (Tabelle 5.3.b).

Zwar wurden nur im *Krankenhaus I* Internet-Quellen angegeben, jedoch erschien es aufgrund der heutigen Technisierung und fortschreitenden Digitalisierung trotzdem geboten, diese Quellen in die quantitative Erhebung zu übernehmen.

<sup>14</sup> Auch wenn diese beiden Werte beim *Krankenhaus II* zusammen 100 Prozent ergeben, bedeutet das nicht zwangsläufig, dass die Patienten entweder vom Haus- oder Facharzt eingewiesen worden waren, da auch Mehrfachnennungen möglich waren. Zudem haben vielleicht nicht alle Patienten von sich aus an die Einweisung/Empfehlung gedacht oder sie aus anderen Gründen nicht explizit erwähnt.

Diese hier über eine quantitative Auszählung vorgenommene Reduktion der Interviews auf wenige Zahlen wird diesen in ihrer Komplexität natürlich kaum gerecht. Doch wurde versucht die grundlegenden Entscheidungsmuster und -einflüsse in den Fragebogen einfließen zu lassen. Ein Eindruck über die teils komplexen und teils sehr einfachen Wege ins Krankenhaus lässt sich aus den oben stehenden Kurzzusammenfassungen der Interviews gewinnen (Kapitel 5.2.1. bis 5.2.25.).

## **5.4. Individuell wichtigste Gründe für die Wahl**

Im qualitativen Teil der Untersuchung zeigt sich ein sehr heterogenes Bild. Zwar wurde ein Großteil der befragten Patienten von ihrem Haus- oder Facharzt in das Krankenhaus eingewiesen, doch der zusätzlich betriebene Aufwand unterschied sich enorm. Außerdem wurden auch andere (Haupt-)Gründe genannt, aus denen das Krankenhaus gewählt worden war.

Die folgende Einteilung findet auf Basis des für die Krankenhauswahl genannten Hauptgrundes statt. Allerdings gilt zu beachten, dass es nicht in allen Fällen einfach ist den individuell wichtigsten Grund für die Wahl bei der aktuellen Behandlung auszumachen, sodass auch die Einteilung nicht als absolut trennscharf zu betrachten ist.

Zu beachten gilt, dass Patient 13 keinem der folgenden ‚Hauptgründe‘ zugeordnet wurde. Das Interview wurde abgebrochen, nachdem sich herausgestellt hatte, dass der Patient nicht zur Grundgesamtheit gehört, da er sich nicht eigenständig für die Behandlung in dem Krankenhaus entschieden hatte. Er war als akuter Notfall eingeliefert worden (Kapitel 5.2.13.).

### **5.4.1. Empfehlung des Arztes**

Bei der Analyse der Interviews zeigte sich, dass ein großer Anteil der Interviewten das Krankenhaus vor allem auf Empfehlung ihres Haus- bzw. Facharztes gewählt hatte bzw. direkt dorthin überwiesen worden waren.

Patient 1 hatte einen – in der Gesamtschau der Interviewten – untypisch hohen Aufwand betrieben, um Informationen über die Erkrankung, Behandlungsmöglichkeiten und Krankenhäuser bzw. Operateure einzuholen. Trotzdem folgte er am Ende der Empfehlung seines Arztes, da er schon „eingeloggt“ gewesen wäre (Kapitel 5.2.1.). Hier wäre denkbar, dass er entweder den zusätzlichen Aufwand des Absagen des Termins gescheut hat, oder dass er sich dann doch – möglicherweise auch zur unbewussten Vorbeugung gegen Regret (Loomes & Sugden 1982) – nach der Vorgabe bzw. dem durch seinen Arzt gesetzten ‚Default‘ (Campbell 2007, de Haan & Linde 2018) gerichtet hat. Letzteres erscheint wahrscheinlicher, da das Absagen eines Termins und das Vereinbaren eines anderen keinen allzu hohen Aufwand darstellt, gerade wenn es um eine lebensbedrohliche Krankheit handelt.

Dahingegen hat es sich Patient 6 nach der Diagnose relativ ‚einfach‘ gemacht. Er hatte sich einfach von seinem behandelnden Arzt in das nächste geeignete Krankenhaus einweisen

lassen, ohne selbst zu recherchieren oder weitere Informationen einzuholen. Dies ist jedoch auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass die Behandlung schnell habe begonnen werden müssen (Kapitel 5.2.6.). Trotzdem entstand der Eindruck, dass der Patient entweder nicht die Verantwortung für die Wahl der weiteren Behandlung übernehmen wollte oder dass er sich nicht näher mit seiner Krankheit auseinanderzusetzen und sich informieren wollte.

Patient 7 überließ die Wahl des Krankenhauses ebenfalls alleinig seinem Arzt, ohne sich selbst weiter zu informieren. Dies begründete er jedoch auch damit, dass er nach der Krebsdiagnose psychisch nicht dazu in der Lage gewesen wäre. Als (ehemaliger) Tierarzt habe er nur zu gut verstanden, wie es um ihn stand, was ihm noch bevorstand und wie seine Chancen waren (Kapitel 5.2.7.). Somit verfügte der Patient über ausreichendes medizinisches Wissen, war jedoch psychisch nicht dazu in der Lage, sich um die weiteren Schritte zu kümmern und gab somit eindeutig die Verantwortung an die behandelnden Ärzte ab.

Auch Patient 12 gab an, sich vor allem nach der Empfehlung seines Arztes gerichtet, aber auch zusätzlich auch im Bekanntenkreis Informationen gesucht zu haben. Auch wenn man ihm aufgrund des fortgeschrittenen Stadiums seiner Krebserkrankung nicht mehr helfen könne, sei es grundsätzlich wichtig, das richtige Krankenhaus zu wählen (Kapitel 5.2.12.). Der Patient hatte sich überwiegend auf seinen Arzt verlassen, jedoch auch versucht, die Empfehlung zu verifizieren. Ob es sich dabei um eine eher konfirmative Informationssuche gehandelt hat, oder um die Suche nach echten Alternativen lässt sich nicht sagen.

Nicht von ihrem Hausarzt, sondern von einem anderen Krankenhaus sei Patientin 15 das *Krankenhaus I* empfohlen worden, da es hier ein Herzzentrum gäbe. Grundsätzlich sei es aber wichtig den richtigen niedergelassenen Arzt zu haben, der einen in das passende Krankenhaus einweise (Kapitel 5.2.15.). Somit folgte die Patientin der Expertise von Medizinern. Ihre Aussage, dass es wichtig sei, den richtigen Arzt zu haben, der einen passend überweise, spricht dafür, dass sie die Entscheidung primär beim Arzt verortet.

Patient 18 wurde von seinem Arzt zur Weiterbehandlung seines Diabetes in das *Krankenhaus II* eingewiesen. In der Annahme, dass dem Arzt der Fachbereich bekannt und dies der Grund für die Einweisung gewesen sei, habe er keine weitere Recherche betrieben (Kapitel 5.2.18.). Auch hier wurde dem Arzt wieder eine ausreichende Expertise unterstellt, was dazu führte, dass die Entscheidung mehr oder weniger dem Arzt überlassen und nicht hinterfragt wurde.

Aufgrund der Empfehlung ihrer Diabetologin hat sich Patientin 21 für das *Krankenhaus II* entschieden. Als Begründung sei der Patientin gesagt worden, dass es eine spezielle Fachabteilung gäbe. Dies habe die Patientin zuvor auch schon in einem anderen Krankenhaus gesagt bekommen, in dem sie zuvor gewesen war (Kapitel 5.2.21.). Die

Patientin richtete sich nach dem übereinstimmenden Rat mehrerer Ärzte und suchte eine auf ihre Erkrankung spezialisierte Klinik auf. Von weiteren Informationsquellen oder weiterer Informationssuche berichtete sie auch auf Nachfrage nicht.

Nachdem Patient 23 von seinem Hausarzt zunächst zu einem Chirurgen fehlüberwiesen worden war, hatte sich sein Gesundheitszustand verschlechtert. Ein daraufhin aufgesuchter Diabetologe hatte ihn dann jedoch ins *Krankenhaus II* überwiesen, wo er von der Ambulanz direkt zur Operation am nächsten Tag einbestellt worden war. Das *Krankenhaus II* sei dem Patienten 23 aber auch schon vorher bekannt gewesen (Kapitel 5.2.23.). Trotz der für ihn offensichtlichen Fehlüberweisung hatte sich der Patient zunächst weiter den ärztlichen Ratschlägen und Überweisungen gebeugt. Wobei die Überweisung, die ihn ins *Krankenhaus II* gebracht hatte, von einem auf seine Erkrankung spezialisierten Facharzt gekommen war.

#### **5.4.2. Räumliche Nähe**

Wie bei Patient 3 zu sehen spielt unter Umständen die Nähe zum Krankenhaus nicht nur der Bekanntheit oder Vertrautheit wegen eine Rolle, sondern auch wegen des mit der Behandlung – der Verpflanzung einer Niere – verbundenen Aufwands. Gerade um es Besuchern einfach zu machen und auch selbst, zum Beispiel für Vorbereitungen oder Nachbehandlungen, nicht oft weitere Strecken zurücklegen zu müssen, war hier die geringe räumliche Distanz zum Krankenhaus am wichtigsten. Trotzdem verfügte der Patient auch über umfangreiche Informationen über das Krankenhaus und hatte dessen Entwicklung über Jahre hinweg beobachtet (Kapitel 5.2.3.).

#### **5.4.3. Erfahrung**

Eine nicht unerhebliche Rolle spielt die Erfahrung, die bisher in diesem oder anderen Krankenhäusern gesammelt wurde. Dies wird unter anderem bei Patientin 4 besonders deutlich, die chronisch krank ist und über die Zeit eine gewisse Vertrautheit mit dem Krankenhaus und dem Personal entwickelt hat, sodass sie sogar angibt eine Art „zweites Zuhause“ in *Krankenhaus I* gefunden zu haben (Kapitel 5.2.4.). Über das mit der Zeit gebildete Vertrauen, hatte sich das *Krankenhaus I* für die Patientin zum ‚Default‘ entwickelt, in dem sie eine vertraute Umgebung fand und sich wohl fühlt.

Bei Patientin 2 war es so, dass ihr von ihrer Ärztin unter anderem das *Krankenhaus I* vorgeschlagen worden war. Wichtiger für die Entscheidung waren aber die Erfahrungen, die

sie mit ihrem Mann in dem Haus gesammelt hatte. Dieser war dort mehrfach operiert und dabei immer gut behandelt worden (Kapitel 5.2.2.). Die Patientin folgte einer der Empfehlungen ihrer Ärztin, was in den positiven Erfahrungen in diesem Haus begründet lag. Somit kann das *Krankenhaus I* als Referenzwert bzw. Anker angenommen werden, der nicht unterschritten werden sollte.

Bei Patient 10 haben ebenfalls die Vorerfahrungen bei der Behandlung seiner Frau die Hauptrolle gespielt. Durch das damals gefasste Vertrauen in den behandelnden Arzt habe er sich nicht einmal nach Alternativen umgesehen. Als „Sahnehäubchen“ sei es zudem möglich gewesen die Behandlung von Patient 10 mit der Behandlung seiner Frau zeitlich so abzustimmen, dass sie im Anschluss gleichzeitig nach Hause kommen. Wichtiger als das Krankenhaus sei der Arzt, da dieser schließlich der Experte sei und die Operation durchführe (Kapitel 5.2.10.). Bei diesem Patienten hatte sich vor allem das durch frühere Erfahrung aufgebaute Vertrauen in seiner Entscheidung niedergeschlagen.

Bei Patient 11 waren die schlechten Erfahrungen in einem anderen Krankenhaus der Grund, sich ein anderes Krankenhaus für seine Behandlung zu suchen. Im Nachgang zur Operation habe es Komplikationen gegeben und die Bemerkung eines Professors zu einem Röntgenbild habe ihn derart verunsichert, dass er sich kein weiteres Mal in dem anderen Krankenhaus habe behandeln lassen wollen. Zudem sei ihm das aktuelle Krankenhaus auch von seinem Hausarzt empfohlen bekommen zu haben und er hatte selbst ausführlich zu Operateuren und Behandlungsmethoden recherchiert (Kapitel 5.2.11.). Hier waren also ebenfalls Erfahrungen ausschlaggebend für die Wahl. Und zwar Erfahrungen, die nicht noch einmal wiederholt werden sollten, weswegen das ursprüngliche Krankenhaus gemieden wurde.

Patientin 14 sei vor einigen Jahren in *Krankenhaus I* das Leben gerettet worden, als es nach einer Operation in einem anderen Krankenhaus zu Komplikationen gekommen war. Damals sei ihr das Haus von ihrer Hausärztin empfohlen worden (Kapitel 5.2.14.). Auch hier spielten schlechte frühere Erfahrungen in einem anderen Krankenhaus eine große Rolle. Es scheint, dass solche Erfahrungen notwendig sind, damit ein Krankenhauswechsel erwogen wird.

Aufgrund vorheriger Aufenthalte war Patientin 16 das *Krankenhaus I* noch bekannt. Für ihre Gefäßoperation gäbe es zudem nicht viele Alternativen in der Stadt (Kapitel 5.2.16.). Neben der Bekanntheit, spielte offenbar auch der Mangel an naheliegenden Alternativen eine Rolle.

Nicht unbedingt direkt aufgrund früherer Erfahrungen hatte sich Patient 17 für das *Krankenhaus I* entschieden, sondern weil er hier auf der Transplantationsliste stünde. Somit habe er auch keine Alternative. Jedoch gibt der Patient auch an, dass er bei negativen Erfahrungen gewechselt hätte (Kapitel 5.2.17.). Auch hier spielt ein Mangel an Alternativen eine nicht unerhebliche Rolle, auch wenn eine Wechselbereitschaft durchaus gegeben ist.

Patientin 19 gab an, schon seit mehreren Jahren in *Krankenhaus II* in Behandlung zu sein. Damals sei sie über die Empfehlung ihres Diabetologen in die Ambulanz gekommen und von dem Krankenhaus positiv überrascht gewesen. Daher würde sie seitdem für alle Behandlungen hierher kommen (Kapitel 5.2.19.). Aufgrund der positiven Überraschung vor einigen Jahren, dürfte hier ein hoher Referenzwert gesetzt worden sein, von dem abzuweichen wenig opportun erscheint.

Auch die sehr krankenhauserfahrene Patientin 20 war vor einigen Jahren zum ersten Mal zur Behandlung in dem Krankenhaus. Damals sei sie so zufrieden gewesen, dass sie seitdem immer wiederkomme. Bei ihrem Erstbesuch habe sie das *Krankenhaus II* ausprobieren wollen (Kapitel 5.2.20.). Auch hier dürfte ein hoher Referenzwert gesetzt worden sein, der seitdem nicht mehr angerührt wurde.

Patient 22 war vor einigen Jahren schon zu einer vergleichbaren Behandlung am anderen Fuß im *Krankenhaus II*. Damals sei er von seinem Hausarzt eingewiesen worden. Er habe sich bei seinem früheren Aufenthalt gut behandelt gefühlt und daher keinen Grund gesehen, das Krankenhaus zu wechseln (Kapitel 5.2.22.). Aufgrund seiner bisherigen Zufriedenheit sieht der Patient keinen Grund zu einem Wechsel.

Wegen grünen Stars am linken Auge war Patient 24 von seiner Ärztin in das *Krankenhaus II* überwiesen und einige Wochen zuvor behandelt worden. Nun war das rechte Auge an der Reihe. Nach der Empfehlung seiner Ärztin hatte der Patient sich nicht über andere Krankenhäuser, sehr wohl aber über *Krankenhaus II* informiert, um zu sehen, was ihn erwarte. Aufgrund der (ersten) Überweisung und vor allem seiner bei der ersten Behandlung gewonnenen Erfahrungen, ließ nun auch die zweite Operation hier vornehmen (Kapitel 5.2.24.). Bei diesem Patienten könnte man sich streiten, ob er aufgrund ärztlicher Empfehlung kam oder ob die zweite Operation als Folgebehandlung anzusehen sei. Als Hauptfaktor für die Entscheidung bei der aktuellen Behandlung ist jedoch die Zufriedenheit mit der ersten Behandlung zu sehen.

#### **5.4.4. Soziales Umfeld**

Informationen aus dem sozialen Umfeld bzw. Erfahrungen des sozialen Umfelds mit diesem Krankenhaus waren bei Patient 5 besonders wichtig. So wurde deswegen sogar die Einweisung in ein anderes Krankenhaus abgelehnt. Der Wunsch in das empfohlene Krankenhaus zu gehen wurde dann auch von dem behandelnden Facharzt unterstützt, da dieser das *Krankenhaus I* ebenfalls als gutes Krankenhaus betrachtete (Kapitel 5.2.5.). In diesem Fall wurde also eine ärztliche Empfehlung abgelehnt, auf Basis der Informationen,



die im sozialen Umfeld gesammelt worden waren. Letztlich wurde auch die Entscheidung des Patienten aber doch durch den Arzt unterstützt, sodass es keinen (weiteren) Widerspruch gab.

Eine in jungen Jahren erfolgte Behandlung seines Sohnes vor vielen Jahren und die Behandlung einer Freundin der Ehefrau von Patient 25 hatten den Ausschlag für die Wahl des *Krankenhauses II* gegeben. Zusätzlich sei ihm das Krankenhaus und namentlich ein dort praktizierender Arzt von seinem Facharzt empfohlen worden (Kapitel 5.2.25.). Die gute Erfahrung mit dem eigenen Sohn hatte offenbar einen hohen Referenzwert bei dem Patient hinterlassen. Dies ist insofern verwunderlich, da eine rationale Überlegung nahelegen würde, dass mittlerweile ein Großteil der Ärzteschaft gewechselt haben könnte.

#### **5.4.5. Mehrere gleichrangige Gründe**

Bei Patientin 8 war der Hauptgrund für die Wahl des Krankenhauses für ihre Behandlung vor allem medizinischer Natur. Was ihre Krankheit anbelangt, sei das Krankenhaus bei den Behandlungsmöglichkeiten auf dem neusten Stand. Zudem liege es nah an ihrem Wohnort, was die Behandlung (Bestrahlungen) erleichtere. Außerdem habe sie als ehemalige Krankenschwester noch einige Kontakte an verschiedenen Krankenhäusern und sei in einem anderen Krankenhaus pflegerisch nur schlecht betreut worden (Kapitel 5.2.8.). Die Gründe wurden als mehr oder weniger gleichrangig angegeben. In diesem Fall kommen zahlreiche Faktoren zusammen, die einen Einfluss auf die Krankenhauswahl genommen haben.

Ebenfalls mehrere, gleich wichtige Gründe gab Patient 9 an. So wurde er ursprünglich ohne nähere Begründung von seiner behandelnden Ärztin in dieses Krankenhaus eingewiesen. Allerdings seien ihm für die jetzige Behandlung vor allem die Nähe zum Wohnort und die Vertrautheit zu einem der Ärzte, der ihn jedoch nicht operierte. Die Vertrautheit war über die 12 Jahre gewachsen, die er als Dialysepatient immer wieder ins *Krankenhaus I* gekommen und von diesem Arzt behandelt worden war. Außerdem gab Patient 9 an, niemals in ein kleines Krankenhaus gehen zu wollen, da größere Krankenhäuser besser auf eventuelle Komplikationen vorbereitet seien (Kapitel 5.2.9.). Auch hier liegen mehrere Faktoren vor, die für das *Krankenhaus I* sprechen. Ein einzelner ausschlaggebender Faktor ist schwierig zu bestimmen.

## **5.5. Ableitung der Hypothesen**

### **5.5.1. Überwiegend geringer Aufwand der Recherche**

Nur die wenigsten Patienten haben offenbar einen großen Aufwand betrieben, um ihre Entscheidung für ein Krankenhaus informationell zu unterstützen. Daraus lassen sich zwei Hypothesen ableiten:

H<sub>1</sub>: „Patienten betreiben wenig Aufwand, um sich über Krankenhäuser für ihre Behandlung zu informieren.“

H<sub>2</sub>: „Patienten sind sich dessen bewusst, dass sie keinen großen Aufwand betreiben.“

So relativistische Begriffe wie „wenig Aufwand“ oder „kein großer Aufwand“ sind natürlich schwierig zu untersuchen ohne sie in einen größeren Kontext stellen zu können. Letzteres wird aufgrund der eingeschränkten Möglichkeiten – nämlich fehlender Kontrollgruppen – dieser Untersuchung leider auch nicht möglich sein. Daher wird die Betrachtung des Aufwands am ehesten deskriptiv erfolgen und müsste in weiteren Untersuchungen in Relation zu dem Aufwand bei anderen Entscheidungen gesetzt werden.

### **5.5.2. Einfluss der Schwere der Erkrankung**

Bei der Annahme eines rational handelnden und entscheidenden Patienten wäre anzunehmen, dass er bei einer schwereren Erkrankung auch versucht mehr Informationen einzuholen. Gerade bei lebensbedrohlichen Erkrankungen, müsste der Bedarf nach einer adäquaten Informationsbasis für eine bestmögliche Entscheidung relativ hoch sein. Daraus resultierend müsste auch der Aufwand steigen, den Patienten betreiben, um an Informationen zu kommen.

H<sub>3</sub>: „Schwerere Erkrankungen führen zu einer intensiveren Informationssuche.“

### **5.5.3. Einfluss der Erfahrung**

Es wird angenommen, dass Patienten, die über viel Krankenhauserfahrung verfügen, nicht mehr so viel Aufwand betreiben (müssen), da sie sich schon gut genug auskennen – oder auszukennen glauben –, um zu wissen, wohin sie sich vertrauensvoll wenden können.

H<sub>4</sub>: „‘Erfahrene‘ Patienten betreiben weniger Aufwand.“

#### **5.5.4. Wegweisende Funktion der Haus- und Fachärzte**

Es zeigt sich, dass ein großer Teil der Patienten über ihre Haus- und Fachärzte an die Krankenhäuser zu ihrer (Weiter-)Behandlung geleitet wurden. Auch bei Befragten, die auf Basis früherer Erfahrungen Krankenhäuser wieder aufgesucht haben, stand oft ein Arzt an dem Punkt vor der ersten Erfahrung. Daraus ergibt sich die letzte Hypothese.

H<sub>5</sub>: „Ärzte haben den größten Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses.“

## 6. Quantitative Untersuchung

Für die statistische Auswertung der Daten wurden die Programme IBM SPSS Statistics 23 und IBM SPSS Statistics 25 (Bühl 2014, Field 2015) verwendet. Die wichtigsten Ergebnisse und Kennzahlen dieser Analysen werden an entsprechender Stelle (tabellarisch) wiedergegeben. Zur Berechnung der Power der Analysen wurde G\*Power 3.1.9.2 (Faul, Erdfelder, Lang & Buchner 2007, Rasch, Freise, Hofmann, & Naumann 2014) benutzt.

In dieser Arbeit wird grundsätzlich eine Signifikanzschwelle von  $\alpha = 0,05$  verwendet, um die statistische Signifikanz von Ergebnissen zu beurteilen. Damit wird also der allgemein anerkannte und verwendete Alpha- bzw. Typ I Fehler von 5 Prozent verwendet und als Grenze für die Feststellung eines signifikanten Ergebnisses festgelegt (Cohen 1992). Zwar formulierten Rosnow und Rosenthal: „God loves the .06 nearly as much as the .05“ (Rosnow & Rosenthal 1989, S. 1277), aber dennoch sollte die Grenze an einem vorab festgelegten Punkt gezogen werden, schon um der Versuchung zu widerstehen, die Ergebnisse post hoc in einem anderen Licht erscheinen lassen zu wollen, indem die Kriterien zur Beurteilung der Ergebnisse ‚angepasst‘ werden. Gegebenenfalls findet eine Anpassung von Alpha nach unten statt, wenn aufgrund multipler Testungen Bonferroni-Korrekturen notwendig sind. Dies wird an gegebener Stelle deutlich gemacht.

Gerade hinsichtlich der Testung der Signifikanz haben besonders große Stichproben ihre Tücken: „The bigger the sample, the more likely an effect will be judged statistically significant“ (Ellis 2010, S. 32). Daher ist es gerade bei großen Stichproben besonders wichtig vor allem auf die Effektstärke zu achten. Die Bezeichnung der Effektstärken folgt in dieser Untersuchung nicht den relativ weit verbreiteten Bezeichnungen von Cohen (1992). Stattdessen wird Gignac & Szodorai (2016) der Vorzug gegeben, die vergleichbar zu bzw. als Weiterentwicklung von Hemphill (2003) eine Redefinition von Effektstärken auf Basis empirischer Befunde vorgeschlagen haben. Sie schlagen die Schwellen für die Bezeichnung von Effektstärken wie folgt vor: Ab einem  $r$  von 0,15 wird ein Zusammenhang als „schwach“, ab 0,25 als „mittelstark“ und ab 0,35 als „stark“ bezeichnet. Dies erscheint auf Basis der bisherigen empirischen Erkenntnisse für psychologische Untersuchungen eine adäquate Bezeichnung darzustellen.

Natürlich stellt sich auch die Frage nach dem Beta- bzw. Typ II Fehler, also der fälschlichen Zurückweisung der Alternativhypothese, obwohl sie korrekt ist. Denn ein nicht-signifikantes Ergebnis bedeutet nicht zwangsläufig, dass kein Effekt vorhanden ist. Soweit nicht explizit anders angegeben, wird die Power der statistischen Verfahren für ein Alpha-Fehler von 0,05 und mit den jeweilig gefundenen, tatsächlichen Effektstärken berechnet. Als unterster, akzeptabler Wert für die Power wird 0,80 verwendet (Cohen 1992).

Grundsätzlich bedeuten Korrelationen und statistische Zusammenhänge nicht zwangsläufig auch eine kausale Verbindung! Signifikante Korrelationen können immer auch zufällig, Artefakte oder auf Drittvariablen zurückzuführen sein. Und selbst wenn kausale Zusammenhänge gegeben sind, ist die Richtung der Kausalität nicht unbedingt sicher, sondern muss logisch abgeleitet oder näher untersucht werden. In dieser Arbeit gefundene statistische Zusammenhänge müssen daher nochmals – möglicherweise in verfeinerten oder weiterentwickelten Replikationsstudien – unabhängig untersucht und auf Kausalität hin überprüft werden.

## **6.1. Fragebogenentwicklung und Pretest**

Nach der Durchführung und Auswertung der Interviews wurde auf Basis dieser Informationen ein Fragebogen entwickelt (Kallus 2010), mit dem genauer untersucht werden sollte, welche Informationen und Informationsquellen besonders wichtig für die Wahl eines Krankenhauses. Außerdem sollte erfasst werden, welchen Aufwand die Befragten betrieben haben, um sich über Krankenhäuser für ihre Behandlung zu informieren.

Dieser Fragebogen wurde zunächst bei mehreren unterschiedlichen Personen auf seine Verständlichkeit und Eindeutigkeit der Fragestellungen hin überprüft. Danach wurde er in einer mittelgroßen Klinik der Grund- und Regelversorgung im Postleitzahlbereich 68 mit 120 (anwesenden) Patienten einem umfangreichen Pretest unterzogen. Dazu wurden die Patienten auf ihren Zimmern direkt angesprochen, erhielten einen Fragebogen ausgehändigt und wurden um Mitwirkung an der Studie gebeten. Es wurden 46 Fragebögen ausgefüllt zurückgegeben.

Bei der Durchführung der Pretest-Befragung sowie der folgenden Auswertung ergaben sich keine großen Probleme bzw. Schwachstellen im Fragebogendesign, sodass die Hauptuntersuchung begonnen werden konnte. Aufgrund kleiner Veränderungen bei einzelnen Fragen bzw. Antwortskalen fließen die Daten aus dem Pretest jedoch nicht in die Auswertung ein, da eine exakte Vergleichbarkeit nicht gegeben ist.

## 6.2. Durchführung der Befragung

Der Kontakt zu den Krankenhäusern, die an der Studie teilnahmen, wurde über die Forschungsgruppe Metrik<sup>15</sup> hergestellt. Die Basis zur Auswahl der angesprochenen Krankenhäuser war zum einen die vermutete Bereitschaft zur Teilnahme. Zum anderen wurden bewusst möglichst heterogene Arten von Krankenhäusern angesprochen, die räumlich bundesweit gestreut sind (Kapitel 6.3.1.).

In den Krankenhäusern *Krankenhaus A* und *Krankenhaus B* wurden die Befragungen komplett vom Autor persönlich durchgeführt. Dazu wurden die zu drei (*Krankenhaus A*) bzw. zwei Zeitpunkten (*Krankenhaus B*) in ihren Zimmern anwesende Patienten angesprochen, über deren Zweck der Untersuchung aufgeklärt und gefragt, ob sie teilnehmen möchten. Bei Bereitschaft zur Teilnahme wurde ihnen ein Fragebogen ausgehändigt und zu einem späteren Zeitpunkt am gleichen Tag wieder abgeholt. Bei einzelnen Patienten, die teilnehmen wollten, aber aufgrund ihrer Erkrankung bzw. der Behandlung körperlich dazu nicht in der Lage waren, wurden die Fragen vorgelesen und die diktierten Antworten eingetragen.

Bei der Befragung in *Krankenhaus C* wurde die Befragung zuerst vom Autor persönlich durchgeführt. Drei weitere Befragungsrunden wurden von einer Studentin durchgeführt, die sich dort im Krankenhaus als ausgebildete Krankenschwester neben ihrem Psychologie-Studium arbeitete. Auch hier wurden die jeweils anwesenden Patienten auf ihre Bereitschaft zur Teilnahme an dieser Studie angesprochen und über den Zweck aufgeklärt. Bei vorhandener Bereitschaft zur Teilnahme wurden die Fragebögen ausgehändigt.

Die Befragungen der Patienten in *Krankenhaus D* und *Krankenhaus E* konnten von den Häusern selbst durchgeführt werden. Hierzu wurden die Fragebögen durch das Personal ausgegeben und wieder eingesammelt. Dies stellte – ebenso wie die weiteren Befragungsrunden durch die Studentin in *Krankenhaus C* – eine enorme Erleichterung für die Durchführung der Befragung dar. Aufgrund der großen räumlichen Streuung und den teils niedrigen Patientenzahlen hätte sich sonst nicht die notwendige Anzahl an Fragebögen für eine fundierte Analyse zusammentragen lassen. Nur auf diese Weise konnte mit vertretbarem Aufwand<sup>16</sup> eine ausreichende Anzahl von Teilnehmern gewonnen werden, die aus möglichst heterogenen Krankenhäusern und unterschiedlichen Teilen Deutschlands stammen (Abbildung 6.2.a), um Effekte durch die Krankenhäuser zu minimieren.

---

<sup>15</sup> Die Forschungsgruppe Metrik ist ein unabhängiger Dienstleister, der seit 1998 im Gesundheitswesen kommerziell Patienten- und Mitarbeiterbefragungen durchführt und mit über 700 Einrichtungen zusammengearbeitet hat ([www.metrik.de](http://www.metrik.de)).

<sup>16</sup> So lag der höchste bzw. ineffizienteste Aufwand für die erste Befragung in *Krankenhaus C* bei einer Anfahrt von über 360 Kilometern, einer Übernachtung vor Ort, der Ansprache und Befragung aller stationären Patienten und der anschließenden Rückfahrt von wiederum über 360 Kilometern. Im Rahmen dieser Befragungsrunde konnten nur 14 ausgefüllte Fragebögen eingesammelt werden.

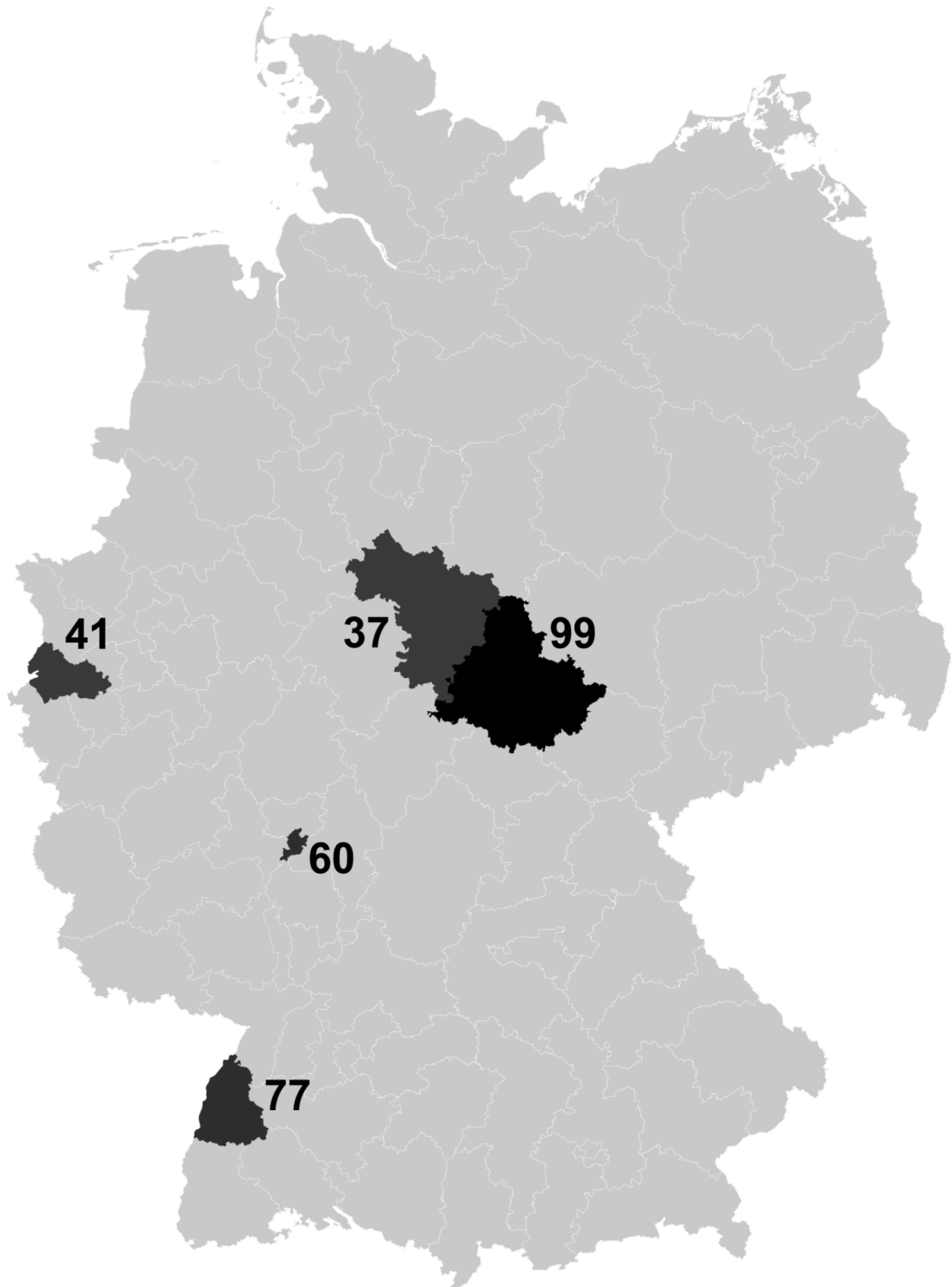


Abbildung 6.2.a: Deutschlandkarte mit Markierung der (auf die ersten zwei Stellen reduzierten) Postleitzahlenbereiche, in denen die Krankenhäuser der quantitativen Befragung liegen; Kartenmaterial von <https://www.suche-postleitzahl.org>; © OpenStreetMap-Mitwirkende (Open-Database-Lizenz, [www.openstreetmap.org/copyright](http://www.openstreetmap.org/copyright)); eigene Bearbeitung/Hervorhebung

## **6.3. Beschreibung der Stichprobe**

### **6.3.1. Teilnehmende Krankenhäuser**

Die Befragungen für den quantitativen Teil wurden in fünf verschiedenen Krankenhäusern durchgeführt.

Bei *Krankenhaus A* handelt es sich um ein Krankenhaus im mittleren Schwarzwald im Postleitzahlbereich 77. Es liegt in einer baden-württembergischen Stadt mit knapp 6.000 Einwohnern. Das Haus ist Teil eines größeren Klinikums und hat 80 Betten, die auf mehrere Fachabteilungen verteilt sind. Unter den Fachabteilungen befinden sich unter anderem mehrere chirurgische Fachbereiche und eine Notfallambulanz.

*Krankenhaus B* liegt im Postleitzahlenbereich 60 in einer hessischen Großstadt mit ca. 730.000 Einwohnern. Es hat über 580 Betten und beschreibt sich selbst als moderne Klinik der Schwerpunktversorgung. Zudem ist es Lehrkrankenhaus einer Universität. Es verfügt über mehrere Fachdisziplinen und mehrere Institute.

*Krankenhaus C* ist im Postleitzahlbereich 99 angesiedelt und liegt in einem thüringischen Luftkurort mit etwas über 1.000 Einwohnern. Es ist eine Fachklinik für Lungenerkrankungen und verfügt über 90 Betten. Zusätzlich werden noch mehrere hundert Patienten im Jahr mit außerklinischer Beatmung betreut.

Das *Krankenhaus D* ist eine Spezialklinik für Patienten mit Diabetes Mellitus. Das Akutkrankenhaus verfügt über etwas mehr als 80 Betten und liegt in einer niedersächsischen Stadt mit gut 10.500 Einwohnern im Postleitzahlenbereich 37.

Krankenhaus E ist ein Lehrkrankenhaus einer Universität und liegt im Postleitzahlenbereich 41 in einer nordrhein-westfälischen Großstadt mit über 155.000 Einwohnern. Die Klinik verfügt über mehr als 500 Betten.

### **6.3.1. Bereinigung der Stichprobe**

Aus der ursprünglich gezogenen Stichprobe wurden alle Fälle entfernt, die bei der Filterfrage, ob die Behandlung geplant oder als akuter Notfall erfolgt, angaben, es sei ein Notfall gewesen. Dabei wurden 44 Fälle aus der Stichprobe entfernt. Dies geschah, um keine fragwürdigen Daten zu berücksichtigen und somit die Datenqualität möglichst hoch zu halten. Es sollte sichergestellt werden, dass tatsächlich alle Patienten in der Stichprobe die Gelegenheit hatten, sich vor der Behandlung im Krankenhaus über Alternativen zu informieren.



Die Entscheidung so viele Fälle auszuschließen fiel aus zwei Gründen schwer:

Zum einen wurden nur Patienten für die Befragung angesprochen bzw. dazu eingeladen, die keine akuten Notfälle waren. Daher ist es zweifelhaft, ob wirklich so viele echte ‚akute‘ Notfälle Eingang in die Stichprobe finden konnten.

Zum anderen haben 35 der 44 ‚Akut‘-Patienten angegeben, sich bei mindestens einer Quelle über Krankenhäuser informiert zu haben – ein Patient gab sogar vier Quellen an. Daraus lässt sich schließen, dass für einige Patienten die Definition eines „akuten Notfalls“ vermutlich nicht klar genug war.

Ebenfalls aus der Stichprobe entfernt wurden vier Minderjährige, die vor Ort offenbar älter geschätzt und irrtümlich mitbefragt worden waren.

### 6.3.2. Größe der Stichprobe

Aus den fünf Krankenhäusern gehen nach der Bereinigung die folgende Anzahl von Patienten in die Studie ein (Tabelle 6.3.2.a).

	Krankenhaus A	Krankenhaus B	Krankenhaus C	Krankenhaus D	Krankenhaus E	Gesamt
Anzahl verwertbarer Fragebögen	45	56	94	91	315	601

*Tabelle 6.3.2.a: Anzahl der Patienten aus den verschiedenen Krankenhäusern*

### 6.3.3. Demografische Beschreibung der gesamten Stichprobe

#### 6.3.3.1. Geschlecht

Die Stichprobe besteht zu 45,8 gültigen Prozent aus Frauen und 54,2 gültigen Prozent aus Männern. 40 Personen machten keine Angabe zu ihrem Geschlecht.

#### 6.3.3.2. Alter

Beim Alter der Befragten reicht die Bandbreite von 19 bis 95 Jahren. Das arithmetische Mittel liegt bei 58,56 Jahren, der Median bei 60 Jahren. Das Perzentil (25) liegt bei 48 Jahren, das Perzentil (50) bei 60 Jahren und das Perzentil (75) bei 69 Jahren. Es zeigt sich bei der Altersverteilung wenig überraschend ein hoher Anteil älterer Patienten (Diagramm 6.3.3.2.a).

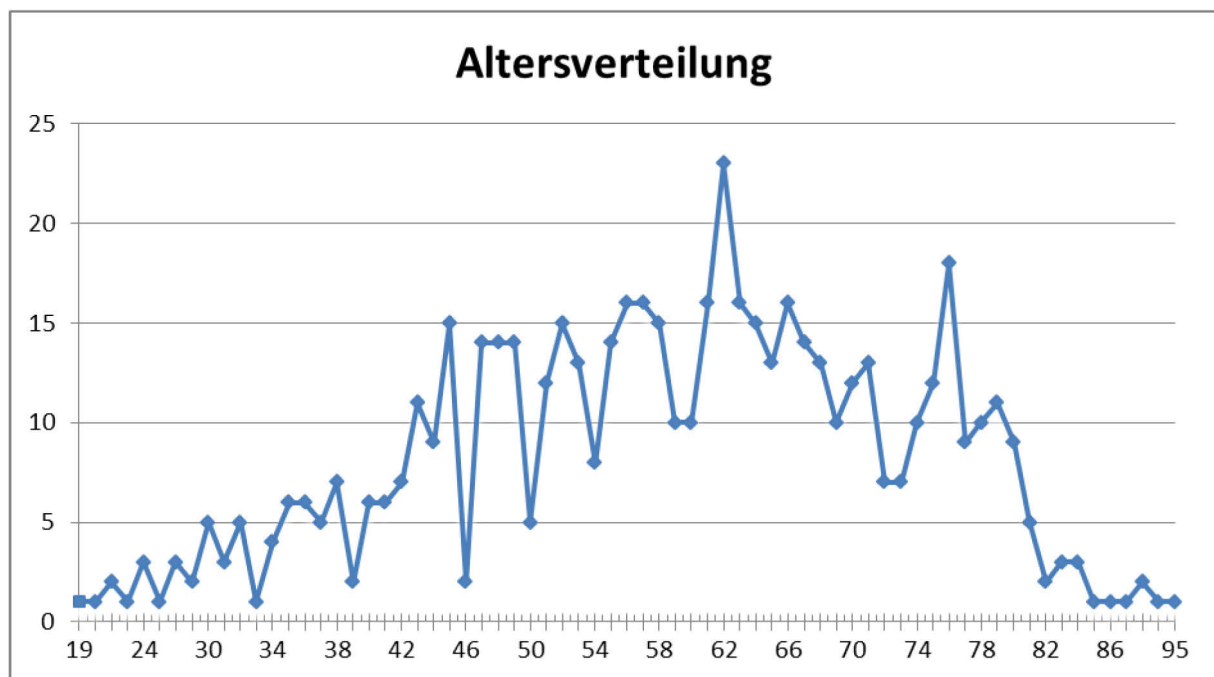


Diagramm 6.3.3.2.a: Darstellung der Altersverteilung in der gesamten Stichprobe

Zum Vergleich: Laut des Bundesinstituts für Bevölkerungsforschung liegt das „durchschnittliche Alter der Bevölkerung [...] in Deutschland im Jahr 2014 bei 42,9 Jahren für Männer und 45,6 Jahren für Frauen“ (Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung 2016).

### 6.3.3.3. Bildung

Der Bildungsstand wurde in zwei Fragen erfasst. Zum einen in der Frage nach dem höchsten Schulabschluss, zum anderen in der Frage nach dem höchsten akademischen bzw. beruflichen Abschluss.

Dabei ergab sich folgendes Resultat (Tabelle 6.3.3.3.a, 6.3.3.3.b).

<b>Schulabschluss</b>	Häufigkeit	Gültige Prozente
Keinen Abschluss	9	1,7
Volksschulabschluss	116	21,6
Hauptschulabschluss	94	17,5
Realschulabschluss	158	29,4
(Fach-)Abitur	161	29,9
Gesamt	538	100

*Tabelle 6.3.3.3.a: Schulabschluss*

<b>Beruflicher / akademischer Abschluss</b>	Häufigkeit	Gültige Prozente
Keinen Abschluss	33	6,4
Lehre, Ausbildung	312	60,7
Meister	49	9,5
(Fach-)Hochschule, Universität	114	22,2
Promotion	6	1,2
Gesamt	514	100

*Tabelle 6.3.3.3.b: beruflicher / akademischer Abschluss*

#### 6.3.3.4. Krankenversicherung

Es wurde abgefragt, auf welche Weise die Befragten krankenversichert sind. Die überwiegende Mehrheit ist gesetzlich versichert und hat keine private Zusatzversicherung (Tabelle 6.3.3.4.a).

Krankenversicherung	Häufigkeit	Gültige Prozente
Gesetzliche Krankenversicherung	400	74,1
Gesetzliche Krankenversicherung mit (privater) Zusatzversicherung, welche die aktuelle Behandlung hier <b>nicht</b> abdeckt.	11	2,0
Gesetzliche Krankenversicherung mit (privater) Zusatzversicherung, welche die aktuelle Behandlung hier abdeckt.	63	11,7
Private Krankenversicherung	66	12,2
Gesamt	540	100

*Tabelle 6.3.4.4.a: Krankenversicherung*

#### 6.3.4. Aussagekraft der Untersuchung

Mit gut 600 Befragten, die in die quantitative Untersuchung eingegangen sind, können grundsätzlich alle Instrumente der Inferenzstatistik Anwendung finden, auch wenn bei kleinen Untergruppen die Prämissen für die jeweiligen Tests nochmals geprüft werden müssen. Der Anteil der Befragten an der Gesamtzahl der jährlich bundesweit in Krankenhäusern behandelten Patienten liegt dabei jedoch sehr niedrig. So wurden im Jahre 2013 knapp 18,8 Millionen Patienten (Destatis 2014) behandelt, 2014 waren es 19,1 Millionen (Destatis 2015a), 2015 waren es 19,2 Millionen (Destatis 2016) und 2016 wurden 19.516.949 Patienten behandelt (Destatis 2017).

Es besteht die Möglichkeit der Verzerrung der Stichprobe, da sie – wie oben bereits angeführt – keine echte Zufallsstichprobe darstellt. Zwar handelt es sich um eine ‚Art‘ Klumpenstichprobe, jedoch wurden die Klumpen relativ willkürlich nach Eignung und Verfügbarkeit gewählt. Auch zeigte sich vor Ort, dass gerade besonders alte Patienten wenig Bereitschaft zur Teilnahme zeigten. Daher wird auch nicht in Anspruch genommen, dass die Stichprobe(n) repräsentativ für die Gesamtheit der Krankenhauspatienten ist. Dennoch sollten interessante psychologische Zusammenhänge entdeckt werden können, da auf Basis der großen Stichprobe auch kleine Effekte nachweisbar sein sollten (Ellis 2010).

#### 6.4. Geringer (objektiver) Aufwand bei der Recherche (H<sub>1</sub>)

In den Interviews hatte sich gezeigt, dass die überwiegende Mehrheit der Patienten keinen großen Aufwand betrieben hatte, um sich über Krankenhäuser für ihre Behandlung zu informieren. Dies sollte im quantitativen Teil der Untersuchung näher beleuchtet werden. Daher wurde H<sub>1</sub> formuliert: „Patienten betreiben wenig Aufwand, um sich über Krankenhäuser für ihre Behandlung zu informieren“.

Um einen Indikator bzw. Faktor für den objektiv betriebenen Aufwand bilden zu können, wurde abgefragt, über welche verschiedenen Informationsquellen sich die Befragten informiert hatten, über welche Aspekte der Krankenhäuser sich die Befragten informiert hatten, über Krankenhäuser in welchem Umkreis um den Wohnort sie sich informiert hatten und bei wie vielen Ärzten sie sich informiert hatten. Um die Validität der so erhobenen Informationen abschätzen zu können, wurden diese Variablen mit dem direkt abgefragten (subjektiven) Aufwand korreliert. Dazu wurde eine Korrelation nach Spearman durchgeführt.

- die Summe der angegebenen Informationsquellen<sup>17</sup>,
- die Anzahl der für die Behandlung in Betracht gezogenen Krankenhäuser,
- der Umkreis, in dem Krankenhäuser in Betracht gezogen wurden,
- die Anzahl unterschiedlicher Aspekte, über die sich die Befragten gezielt informiert hatten<sup>18</sup> und
- die Anzahl von Ärzten, bei denen sich die Befragten informiert hatten.

Im Folgenden wird entsprechend der Bonferroni-Korrektur ein Alpha von 0,01 verwendet.

Dabei ergibt sich bei all diesen Variablen ein höchst signifikantes, negativ korrelierendes Ergebnis<sup>19</sup> (Tabelle 6.4.a). Das heißt, dass ein von den Befragten angegebener hoher Aufwand zusammen hängt mit einer höheren Zahl unterschiedlicher Informationsquellen, einer höheren Zahl in Betracht gezogener Krankenhäuser, einem größeren Umkreis der Krankenhaussuche, mehr Aspekten, über die sich informiert wurde, und mehr Ärzten, die zu Krankenhäusern gefragt wurden.

---

<sup>17</sup> Hier wurde die Summe der Anzahl der von den Befragten als genutzt angegebenen Informationsquellen gebildet.

<sup>18</sup> Hier wurde die Summe der von den Befragten genannten Aspekte gebildet, über die sie sich informiert hatten.

<sup>19</sup> Kodierung des (subjektiven) Aufwands: 1 – „enormer Aufwand“, 2 – „großer Aufwand“, 3 – „mittlerer Aufwand“, 4 – „geringer Aufwand“, 5 – „gar kein Aufwand“

			Wie groß war der Aufwand, den Sie betrieben haben, um Informationen über Krankenhäuser einzuholen?
Spearman-Rho	Anzahl unterschiedlicher Informationsquellen	Korrelationskoeffizient	<b><u>-,338</u></b>
		Sig. (2-seitig)	<b><u>,000</u></b>
		n	532
		Power	1,000
	Ich habe für meine jetzige Behandlung __ Krankenhäuser in Betracht gezogen	Korrelationskoeffizient	<b><u>-,401</u></b>
		Sig. (2-seitig)	<b><u>,000</u></b>
		n	358
		Power	1,000
	In welchem Umkreis um Ihren Wohnort haben Sie sich über Krankenhäuser für Ihre jetzige Behandlung informiert?	Korrelationskoeffizient	<b><u>-,285</u></b>
		Sig. (2-seitig)	<b><u>,000</u></b>
		n	439
		Power	1,000
	Anzahl unterschiedlicher Aspekte, über die sich vor Behandlungsbeginn informiert wurde.	Korrelationskoeffizient	<b><u>-,422</u></b>
		Sig. (2-seitig)	<b><u>,000</u></b>
		n	532
		Power	1,000
	Ich habe mich bei __ Ärzten über Krankenhäuser informiert.	Korrelationskoeffizient	<b><u>-,371</u></b>
		Sig. (2-seitig)	<b><u>,000</u></b>
		n	330
		Power	1,000

*Tabelle 6.4.a : Korrelationen der ‚objektiven‘ Variablen mit (subjektivem) Aufwand*

Die Stärke der Korrelationen war bei allen als mittelstark bis stark anzusehen. Das Bestimmtheitsmaß (Kubinger, Rasch & Yanagida 2011) – also der Teil der erklärten Varianz – zeigt beim höchsten Korrelationskoeffizienten von -0,422 (Variable „Anzahl der unterschiedlichen Aspekte“) eine erklärte Varianz von knapp 17,8 Prozent.

Die Power der Korrelationen liegt bei dem Bonferroni-korrigierten Signifikanzniveau von 0,01 für alle Items bei 1,000. Die Korrelationen haben also eine äußerst hohe Power, mit der sogar deutlich kleinere Effekte hätten entdeckt werden können.

Als nächstes wurde geprüft, ob die Variablen untereinander korrelieren, um im Anschluss eine (konfirmatorische) Faktorenanalyse (Backhaus, Erichson, Weiber 2015) durchführen zu können. Dieser Analyse liegt ein Bonferroni-korrigiertes Alpha von 0,002 zugrunde. Es zeigte sich, dass bei der Variablen zum Umkreis, in dem sich die Befragten über Krankenhäuser informiert haben, keine signifikante Korrelation zur Anzahl der genutzten Informationsquellen sowie der unterschiedlichen Aspekte, über die die Befragten sich informiert hatten und der

Anzahl der Ärzte, bei denen sich die Befragten informiert haben, besteht (Tabelle 6.4.b).  
Daher wurde diese Variable aus der Faktorenanalyse ausgeschlossen.

		Anzahl unterschiedlicher Informationsquellen	„Ich habe für meine jetzige Behandlung __ Krankenhäuser in Betracht gezogen“	„In welchem Umkreis um Ihren Wohnort haben Sie sich über Krankenhäuser für Ihre jetzige Behandlung informiert?“	Anzahl unterschiedlicher Aspekte, über die sich vor Behandlungsbeginn informiert wurde	„Ich habe mich bei __ Ärzten über Krankenhäuser informiert.“
Anzahl unterschiedlicher Informationsquellen	<i>r</i>	1,000	<b>,351</b>	,086	<b>,387</b>	<b>,233</b>
	<i>p</i>		<b>,000</b>	,066	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	<i>n</i>	601	<b>389</b>	456	<b>601</b>	<b>347</b>
	<i>Power</i>		<b>0,999</b>	0,451	<b>1,000</b>	<b>0,993</b>
„Ich habe für meine jetzige Behandlung __ Krankenhäuser in Betracht gezogen.“	<i>r</i>	<b>,351</b>	1,000	<b>,205</b>	<b>,221</b>	<b>,212</b>
	<i>p</i>	<b>,000</b>		<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,000</b>
	<i>n</i>	<b>389</b>	389	<b>328</b>	<b>389</b>	<b>279</b>
	<i>Power</i>	<b>0,999</b>		<b>0,964</b>	<b>0,993</b>	<b>0,948</b>
„In welchem Umkreis um Ihren Wohnort haben Sie sich über Krankenhäuser für Ihre jetzige Behandlung informiert?“	<i>r</i>	,086	<b>,205</b>	1,000	,067	<b>,158</b>
	<i>p</i>	,066	<b>,000</b>		,151	<b>,006</b>
	<i>n</i>	456	328	456	456	301
	<i>Power</i>	0,451	0,964		0,298	0,787
Anzahl unterschiedlicher Aspekte, über die sich vor Behandlungsbeginn informiert wurde.	<i>r</i>	<b>,387</b>	<b>,221</b>	,067	1,000	<b>,268</b>
	<i>p</i>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	,151		<b>,000</b>
	<i>n</i>	<b>601</b>	<b>389</b>	456	601	<b>347</b>
	<i>Power</i>	<b>1,000</b>	<b>0,993</b>	0,298		<b>0,999</b>
„Ich habe mich bei __ Ärzten über Krankenhäuser informiert.“	<i>r</i>	<b>,233</b>	<b>,212</b>	<b>,158</b>	<b>,268</b>	1,000
	<i>p</i>	<b>,000</b>	<b>,000</b>	<b>,006</b>	<b>,000</b>	
	<i>n</i>	<b>347</b>	<b>279</b>	301	<b>347</b>	347
	<i>Power</i>	<b>0,993</b>	<b>0,948</b>	0,787	<b>0,999</b>	

Tabelle 6.4.b: Korrelation der Variablen zur Messung des objektiven Aufwands (aus Platz-/Darstellungsgründen abgekürzt: *r* = Korrelationskoeffizient (Spearman), *p* = Signifikanz, *n* = Anzahl Befragte, Power = Power (1-Beta))

Auf Basis der Korrelationstabelle wurde die Faktorenanalyse zur Ermittlung des objektiv betriebenen Aufwands für die Recherche über Krankenhäuser zur Behandlung mit folgenden

Variablen durchgeführt, um, einen Faktor zu bilden, der den objektiv betriebenen Aufwand der Befragten widerspiegeln soll:

- Anzahl unterschiedlicher Informationsquellen
- „Ich habe für meine jetzige Behandlung \_\_ Krankenhäuser in Betracht gezogen.“
- Anzahl unterschiedlicher Aspekte, über die sich vor Behandlungsbeginn informiert wurde.
- „Ich habe mich bei \_\_ Ärzten über Krankenhäuser informiert.“

Dabei ergab sich bei der Extraktion (Hauptkomponentenanalyse) nur ein Faktor mit einer Eigenladung größer 1. Dieser neu gebildete Faktor wird im Weiteren als „objektivierter Aufwand“ verwendet.

Dabei gilt zu beachten, dass der Faktor des objektivierten Aufwands für nur 279 der 601 Befragten ermittelt werden konnte, da bei den anderen Befragten zumindest teilweise Angaben zu den Variablen fehlten und diese Fälle daher von der Faktorbildung ausgeschlossen wurden.

Ein Problem mit diesem Faktor ist, dass Cronbachs Alpha bei lediglich 0,417 liegt und somit weit unter dem Niveau von 0,7, das – basierend auf einer Referenz auf Nunnally (1978) (Lance, Butts & Michaels 2006, Guide & Ketokivi 2015) – gemeinhin als Untergrenze für Alpha angesehen wird. Dabei gilt es aber zu bedenken, dass Cronbachs Alpha grundsätzlich für die Testung langer Skalen mit vielen Items entwickelt wurde. Bei einer niedrigen Anzahl von Items können Messfehler der einzelnen Items nicht so gut kompensiert werden und schlagen stärker auf das Ergebnis durch:

„Für ein Alpha von 0,7 benötigt man bei drei Items eine mittlere Korrelation von 0,44; bei hundert Items nur noch 0,02. Kann der Befragte drei Items zu einem wenig-latenten Konstrukt (z.B. Servicequalität) gut beantworten, wird die Kurzskala eine hohe Test-Retest-Reliabilität haben – aber Cronbachs Alpha wird kaum 0,7 erreichen“ (Leiner 2016, S. 1).

Zudem gibt es laut Bonett und Wright (2015) keine universelle Untergrenze für einen akzeptablen Alpha-Wert: „However, there is no universal minimally acceptable reliability value. An acceptable reliability value depends on the type of application, and furthermore, the focus should be on the population reliability value and not on the sample reliability value“ (Bonett & Wright 2015, S. 36, Schmitt 1996). Auch ist Cronbachs Alpha nicht zwangsläufig



ein gutes bzw. alleiniges Maß für Reliabilität, sondern eher für die interne Konsistenz einer Skala (Cortina 1993, Lance, Butts & Michaels 2006, Sijtsma 2009a, Sijtsma 2009b)<sup>20</sup>.

Hinsichtlich der internen Konsistenz ist nicht unbedingt davon auszugehen, dass die vier Variablen in vergleichbarem oder gleichmäßigem Maß steigen, wenn eine intensive Recherche betrieben wird. Patienten könnten beispielsweise Schwerpunkte bei der Recherche setzen oder sich stärker auf bestimmte Quellen konzentrieren, weil sie einzelnen Informationsquellen eine höhere Qualität zusprechen oder die Quelle leichter verfügbar ist. Dies würde die interne Konsistenz, die mit Cronbachs Alpha gemessen wird, negativ beeinflussen, da sich nicht alle Variablen in gleichem Maß ändern würden. Trotz aller Bedenken soll der Faktor des „objektivierte[n] Aufwands“ im Weiteren – wenn auch unter Vorbehalt! - Verwendung finden, da eine ausreichend große Inhaltsvalidität angenommen wird.

Da keine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen zur Verfügung stehen, um beurteilen zu können, ob der betriebene objektive Aufwand als besonders hoch oder niedrig anzusehen ist, bleibt zunächst nur eine beispielhafte Betrachtung des Faktors anhand von Einzelfällen:

So hatte sich einer der 14 Patienten mit der niedrigsten Faktorladung (Wert: -1,4006) lediglich bei seinem Hausarzt informiert, nur ein Krankenhaus in Betracht gezogen und sich auch nicht näher über einzelne Aspekte des Krankenhauses informiert. Der Patient gab an wegen einer Knie-Operation ins Krankenhaus gegangen zu sein und gab die Empfindung seiner Erkrankung/Verletzung als „einschränkend“<sup>21</sup> an. Einer der anderen 14 mit der niedrigsten Faktorladung (Wert: -1,4006) hatte sich ebenfalls nur bei seinem Hausarzt informiert, nur ein Krankenhaus in Betracht gezogen und sich ebenfalls nicht näher über einzelne Aspekte des Krankenhauses informiert. Der Patient gab an wegen einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung in Behandlung zu sein, deren Empfindung er als „stark behindernd“ angab.

Der Patient, der am nächsten an einer neutralen Faktorladung liegt (Wert: 0,0040), gab an sich bei seinem Hausarzt, seinem Facharzt und bei seiner Familie bzw. dem Partner

---

<sup>20</sup> Tatsächlich ließ sich Cronbachs Alpha auf 0,728 steigern, wenn statt der Summe der genutzten Informationsquellen und der Summe der Aspekte, über die Informationen eingeholt wurden, jeweils die einzelnen Items heran gezogen wurden. Ausgeschlossen würden dann die Angaben der Befragten dazu, in welchem Umkreis sie sich über Krankenhäuser informiert hatten, sowie wie viele Krankenhäuser sie für ihre Behandlung in Betracht gezogen hatten. Allerdings ergab die anschließende Faktorenanalyse acht Faktoren mit einem Eigenwert von über 1. (Wobei natürlich auch die Extraktion nach dem Eigenwert über 1 grundsätzlich kritisch zu betrachten wäre (Lance, Butts & Michaels 2006). Doch das vorherige Ergebnis bei der Extraktion des Faktors des objektivierte[n] Aufwands passt inhaltlich und ist gut interpretierbar.)

Daher erscheint die Akzeptanz eines niedrigen Cronbachs Alpha als Indikator einer niedrigen internen Konsistenz aus inhaltsvaliden Gründen als das „kleinere Übel“. Zudem könnten sich verschiedene Recherche-Strategien oder Informationsinteressen in der faktorisierten Variable zum objektivierte[n] Aufwand verbergen und dadurch die interne Konsistenz stören, ohne jedoch bei einer Faktorenanalyse auffällig zu werden.

<sup>21</sup> Die Skala der Empfindung der Erkrankung/Verletzung hatte folgende Abstufungen: 1 - „lebensbedrohlich“, 2 - „stark behindernd“, 3 - „einschränkend“ und 4 - „unbedeutend“.

informiert zu haben. Er hatte letztlich jedoch auch nur ein Krankenhaus in Betracht gezogen. Bei diesem hatte er sich allerdings über 4 Aspekte informiert: den Behandlungsmöglichkeiten, die Nähe zum Wohnort, den Ruf und die Spezialisierungen des Hauses. Der Patient gab an, an einer chronisch obstruktiven Lungenerkrankung zu leiden, die er als „stark behindernd“ empfand.

Der Patient mit der höchsten Faktorladung (Wert: 5,7855) hatte keine näheren Angaben zu seiner Erkrankung/Verletzung und seiner Empfindung dazu gemacht. Er hatte sich bei seinem Hausarzt, bei der Familie bzw. dem Partner, bei Freunden/Bekannten und Selbsthilfegruppen informiert. Der Patient gab an, 23 (sic!) Krankenhäuser in Betracht gezogen zu haben.

Die Hypothese  $H_1$  kann somit nicht abschließend beantwortet werden. Die Angaben der Befragten hinterlassen allerdings den Eindruck(!), dass sie sich nicht sonderlich umfassend informiert haben, gerade in Anbetracht der möglichen Wichtigkeit und großen Reichweite der Entscheidung für ein Krankenhaus. Mangels Vergleichs-/Kontrollgruppe kann jedoch nicht beurteilt werden, ob die Patienten – verglichen mit anderen Entscheidungen – tatsächlich einen geringen objektiven Aufwand betreiben. Dies müsste über Folge- bzw. Vergleichsstudien ermittelt werden.

#### 6.4.1. Zusammenhang zwischen objektiviertem und subjektivem Rechercheaufwand

Um die Verwertbarkeit des Faktors des objektivierten Aufwands nochmals zu prüfen wurde eine Rangkorrelation nach Spearman zwischen diesen beiden Variablen gerechnet (Tabelle 6.4.1.a).

		Objektivierter Aufwand (Anzahl Info-Quellen, Anzahl Krankenhäuser in Betracht, Anzahl Info- Aspekte, Anzahl Krankenhäuser-Info)
Spear-man- Rho	„Wie groß war der Aufwand, den Sie betrieben haben, um Informationen über Krankenhäuser einzuholen?“	Korrelationskoeffizient
		- ,441
		Sig. (2-seitig)
		,000
	n	265
	Power	1,000

Tabelle 6.4.1.a: Korrelation zwischen dem subjektiven und objektivierten Aufwand

Es zeigt sich ein höchst signifikanter, starker und – entsprechend der Kodierung<sup>22</sup> – negativer Zusammenhang. Das bedeutet, dass ein höherer subjektiver Aufwand mit einem höheren objektivierten Aufwand einhergeht. Dies stützt die Nutzung des Faktors zum objektivierten Aufwand.

#### 6.4.2. Objektivierter Aufwand nach einzelnen Krankenhäusern

Die Stichproben in den fünf verschiedenen Krankenhäusern fallen unterschiedlich groß aus. Auch beim objektivierten Aufwand, der nur für 279 der Befragten ermittelt werden konnte, schwankt die Anzahl zwischen den Krankenhäusern stark. Daher könnte eine statistische ‚Dominanz‘ bzw. Verzerrung des Krankenhauses mit der größten Stichprobe, nämlich *Krankenhaus E*, angenommen werden.

Objektivierter Aufwand	Häufigkeit	Prozent
<i>Krankenhaus A</i>	20	7,2
<i>Krankenhaus B</i>	25	9,0
<i>Krankenhaus C</i>	27	9,7
<i>Krankenhaus D</i>	37	13,3
<i>Krankenhaus E</i>	170	60,9
Gesamt	279	100,0

*Tabelle 6.4.2.a: Häufigkeit der verfügbaren Variable ‘objektivierter Aufwand’ nach Häusern*

Es zeigt sich, dass bei dem objektivierten Aufwand in Krankenhaus E achteinhalb Mal so viele Patienten in die Analyse einfließen, wie in Krankenhaus A (Tabelle 6.4.2.a). Um auf relevante Unterschiede zwischen den Krankenhäusern zu testen – und damit eine Verfälschung der Daten durch Krankenhaus E zu prüfen – wird eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt<sup>23</sup>. Aufgrund der teils niedrigen Fallzahlen wurde im Vorfeld geprüft, ob die Daten normalverteilt sind. Die Prüfung wurde mit dem Shapiro-Wilk-Test durchgeführt (Tabelle 6.4.2.b), da dieser eine höhere Power hat, als der Kolmogorov-Smirnov-Test.

<sup>22</sup> Die Kodierung des Aufwands lautete wie folgt: 1 – „enormer Aufwand“, 2 – „großer Aufwand“, 3 – „mittlerer Aufwand“, 4 – „geringer Aufwand“, 5 – „gar kein Aufwand“. Die Kodierung des objektivierten Aufwands basiert auf der Anzahl unterschiedlicher Informationsquellen, der Anzahl von Ärzten, bei denen Informationen eingeholt worden waren, der Anzahl in Betracht gezogener Krankenhäuser sowie Anzahl der Aspekte, über die Informationen eingeholt worden waren.

<sup>23</sup> Bei der Durchführung einer ANOVA in SPSS, dem hier verwendeten Statistik-Programm, muss nicht zwischen balancierten und unbalancierten Versuchsplänen unterschieden werden (Lüpsen 2018).

Objektivierter Aufwand	Shapiro-Wilk		
	Statistik	Freiheitsgrade	Signifikanz
Krankenhaus A	,798	20	,001
Krankenhaus B	,940	25	,149
Krankenhaus C	,948	27	,196
Krankenhaus D	,910	37	,006
Krankenhaus E	,851	170	,000
Gesamt	,798	20	,001

Tabelle 6.4.2.b: Test auf Normalverteilung des objektivierte Aufwands nach Krankenhäusern

Dabei zeigt sich, dass die Angaben zum subjektiven Aufwand nur in den *Krankenhäusern B* und *C* normalverteilt sind und in den *Krankenhäusern A, D* und *E* nicht. Daher dürfte eigentlich keine ANOVA durchgeführt werden, da eine der Grundvoraussetzungen hierfür nicht erfüllt ist. Aufgrund der hohen Robustheit der meisten statistischen Verfahren und auch der ANOVA selbst (Glass, Peckham, Sanders 1972, Lix, Keselman, Keselman 1996, Harwell 2003, Rasch & Guiard 2004, Schmider, Ziegler, Danay, Beyer, Bühner 2010, Blanca, Alarcón, Arnau, Bono, & Bendayan 2017), könnte die ANOVA trotz der Verletzung der Prämisse der Normalverteilung durchgeführt werden. Der Levene-Test ergibt eine Signifikanz von 0,486, was bedeutet, dass Varianzhomogenität gegeben ist. Da die Varianzhomogenität eine wichtigere Prämisse für die Durchführung einer ANOVA darstellt als die Normalverteilung, wird eine einfaktorielle ANOVA durchgeführt<sup>24</sup>.

Objektivierter Aufwand	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	5,761	4	1,440	1,449	,218
Innerhalb der Gruppen	272,239	274	,994		
Gesamt	278,000	278			

Tabelle 6.4.2.c: Signifikanztest der ANOVA des objektivierte Aufwands

Die ANOVA zeigt, dass es keinen signifikanten Unterschied zwischen den nach den Krankenhäusern eingeteilten Gruppen gibt (Tabelle 6.4.2.c). Somit erübrigt sich auch die Durchführung eines Post-Hoc-Tests, um mögliche homogene Gruppen zu identifizieren<sup>25</sup>.

<sup>24</sup> Wäre keine Varianzhomogenität gegeben gewesen, hätte die robustere Welch-ANOVA durchgeführt werden können.

<sup>25</sup> Tatsächlich wurde zur Sicherheit dennoch ein Post-Hoc-Test nach Hochbergs GT2 durchgeführt, da dieser (bei Varianzhomogenität) für unbalancierte Stichproben geeignet ist (Field 2015, Eckstein 2016). Dabei wurden

Zwischen den fünf Krankenhäusern lässt sich kein signifikanter Unterschied hinsichtlich des objektivierten Aufwands feststellen.

### **6.4.3. Regressionsanalyse zum objektivierten Aufwand**

Um herauszufinden, wie groß die verschiedenen Einflüsse sind, wird nun eine Regressionsgleichung des objektivierten Aufwands aufgestellt.

In die Analyse einbezogen werden die folgenden Items:

- Empfinden der Erkrankung/Verletzung
- Schulabschluss (ordinal)<sup>26</sup>
- Beruflicher/akademischer Abschluss (ordinal)<sup>27</sup>
- Krankenversicherung (dichotom)<sup>28</sup>
- Alter
- Geschlecht

Die Annahmen, die hinter der Verwendung dieser Items stehen sind, dass Patienten, die eine schwerere Erkrankung/Verletzung haben, sich mehr über Behandlungsmöglichkeiten informieren. Dass sich schulisch und beruflich/akademisch höher gebildete Patienten stärker recherchieren, da es ihnen zum einen geläufiger ist, dies zu tun, und sie zum anderen auch ein besseres Verständnis für die verfügbaren Informationen haben. Dass Privatversicherten (zumindest subjektiv) mehr und ‚bessere‘ Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen und diese sich somit auch stärker über ihre Optionen informieren. Außerdem ist davon

---

entsprechend des Ergebnisses der ANOVA alle Krankenhäuser der gleichen Gruppe zugewiesen. Es gibt also keine signifikanten Unterschiede.

<sup>26</sup> Zur Bildung dieser Variablen wurde der angegebene Schulabschluss in eine ordinale Ordnung gebracht. Hierzu wurde der Volksschulabschluss dem Hauptschulabschluss gleichgestellt, da beide eine neunjährige Schulzeit bedeuten. Dies stellt einen pragmatischen Ansatz dar, wobei natürlich auch klar ist, dass sich die Bildungsabschlüsse im Lauf der letzten Jahrzehnte in Häufigkeit und Wertigkeit stark gewandelt haben und somit eine echte Vergleichbarkeit bzw. Einordnung nur schwer möglich ist (Schneider 2015).

<sup>27</sup> Für die ordinale Ordnung der angegebenen Bildungsabschlüsse – sowohl beruflich als auch akademisch – wurde der achsstufige Deutsche Qualifikationsrahmen herangezogen (DQR-Qualifikationsrahmen 2017). Auf der Basis des DQR wurde folgende Rangfolge der beruflichen bzw. akademischen Abschlüsse gebildet:

1. Kein Abschluss
2. Lehre, Ausbildung
3. Meister
4. (Fach-)Hochschule, Universität
5. Promotion

<sup>28</sup> Die Dichotomisierung der Krankenversicherung wurde erreicht, indem die Angaben zur Krankenversicherung so rekodiert wurden, dass nur noch unterschieden wurde zwischen Privatversicherung oder Gesetzlicher Krankenversicherung bei der aktuellen Behandlung.

auszugehen, dass sie – ebenso wie auch die höher Gebildeten – zu den Besserverdienern gehören und somit auch dazu neigen ihre Optionen stärker zu explorieren<sup>29</sup>. Beim Alter wird unterstellt, dass ältere Patienten noch ein stärker paternalistisch ausgeprägtes Arzt-Patienten-Verhältnis haben und daher weniger selbst recherchieren. Zudem ist die eigenständige Recherche im Internet vermutlich eher bei jüngeren Personen verbreitet, als bei der Generation 60+. Zur Erinnerung: Das arithmetische Mittel des Alters der Befragten lag bei 58,56 Jahren. Hinsichtlich des Geschlechts wurde unterstellt, dass Frauen entsprechend der gängigen kulturellen Leitbilder mehr an Gesundheitsthemen interessiert sind als Männer (Tempel, Jung & Schröder 2013) und sich daher auch intensiver über ihre Optionen informieren.

Bei der Berechnung der multiplen linearen Regression in SPSS mit der Methode „Rückwärts“ ergeben sich aufgrund des Ausschlusses von Variablen vier Modelle, von denen das letzte gültig ist.

---

<sup>29</sup> Es gibt Belege dafür, dass eine höhere Bildung und ein höheres Einkommen mit weniger Erkrankungen und höherer Lebenserwartung einhergehen (Tempel, Jung & Schröder 2013).

## Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	,361 <sup>a</sup>	,131	,107	,80732337	
2	,361 <sup>b</sup>	,130	,111	,80557693	
3	,359 <sup>c</sup>	,129	,114	,80433697	
4	,354 <sup>d</sup>	,126	,114	,80415349	
Modell	Statistikwerte ändern				
	Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
1	,131	5,531	6	221	,000
2	,000	,041	1	221	,841
3	-,001	,314	1	222	,576
4	-,004	,898	1	223	,344

a.

Einflussvariablen : (Konstante), Was ist Ihr Geschlecht?, Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Wie alt sind Sie?, Rekodierter beruflicher/akademischer Abschluss, Schulabschluss (ordinal)

b.

Einflussvariablen : (Konstante), Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Wie alt sind Sie?, Rekodierter beruflicher/akademischer Abschluss, Schulabschluss (ordinal)

c.

Einflussvariablen : (Konstante), Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Wie alt sind Sie?, Schulabschluss (ordinal)

d.

Einflussvariablen : (Konstante), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Wie alt sind Sie?, Schulabschluss (ordinal)

*Tabelle 6.4.3.a: Modellzusammenfassungen zum objektivierten Aufwand*

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	,671	,445		1,507	,133
	„Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?“	-,249	,072	-,226	-3,470	,001
	Schulabschluss (ordinal)	,199	,080	,205	2,476	,014
	Rekodierter beruflicher/akademischer Abschluss	,065	,109	,047	,594	,553
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,129	,126	-,069	-1,024	,307
	„Wie alt sind Sie?“	-,012	,005	-,184	-2,589	,010
	„Was ist Ihr Geschlecht?“	-,023	,116	-,014	-,201	,841
2	(Konstante)	,651	,433		1,503	,134
	„Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?“	-,248	,071	-,225	-3,471	,001
	Schulabschluss (ordinal)	,201	,080	,206	2,519	,012
	Rekodierter beruflicher/akademischer Abschluss	,058	,104	,042	,560	,576
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,128	,126	-,069	-1,022	,308
	„Wie alt sind Sie?“	-,012	,005	-,187	-2,669	,008

*Tabelle 6.4.3.b: Regressionsmodelle zum subjektiven Aufwand (Teil 1)*



Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
3	(Konstante)	,681	,429		1,588	,114
	„Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?“	-,247	,071	-,225	-3,467	,001
	Schulabschluss (ordinal)	,223	,069	,229	3,228	,001
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,117	,124	-,063	-,948	,344
	„Wie alt sind Sie?“	-,012	,004	-,181	-2,619	,009
4	(Konstante)	,623	,425		1,468	,144
	„Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?“	-,254	,071	-,231	-3,585	,000
	Schulabschluss (ordinal)	,203	,066	,209	3,087	,002
	„Wie alt sind Sie?“	-,012	,004	-,185	-2,691	,008

a. Abhängige Variable: Objektivierter Aufwand (Anzahl Info-Quellen, Anzahl Krankenhäuser in Betracht, Anzahl Info-Aspekte, Anzahl Krankenhäuser-Info)

*Tabelle 6.4.3.c: Regressionsmodelle zum subjektiven Aufwand (Teil 2)*

Beim letzten Regressionsmodell – nämlich Modell 4 – zeigt sich, dass nach Ausschluss aller nicht signifikant zum Modell beitragenden Variablen nur noch die Variablen zur persönlichen Empfindung der Erkrankung/Verletzung, des ordinalen Schulabschlusses und des Alters im Modell verbleiben (Tabelle 6.4.3.b, 6.4.3.c). Es ergibt sich folgende Regressionsgleichung:

$$\text{Aufwand}_{\text{obj}}^{30} = 0,623 - 0,254 \{\text{Empfinden}^{31}\} + 0,203 \{\text{Schulabschluss ordinal}^{32}\} - 0,012 \{\text{Alter}^{33}\}$$

Das korrigierte Bestimmtheitsmaß ( $r^2$ ) beträgt 0,114 und liegt damit sehr niedrig. Es werden nur 11,4 Prozent der Gesamtvarianz durch das Regressionsmodell erklärt. Es scheint sich aber dennoch so zu verhalten, dass eine als schwerwiegender empfundene

<sup>30</sup> Kodierung: ein höherer objektivierter Aufwand bedeutet, dass mehr Informationsquellen und Krankenhäuser in Betracht gezogen wurden, sowie dass mehr Krankenhäuser bzw. Aspekte der Krankenhäuser beachtet wurden

<sup>31</sup> Kodierung: 1 – „lebensbedrohlich“, 2 – „stark behindernd“, 3 – „einschränkend“, 4 – „unbedeutend“

<sup>32</sup> Kodierung: 1 – „kein Schulabschluss“, 2 – „Volks- oder Hauptschulabschluss“, 3 – „Realschulabschluss“, 4 – „(Fach-)Abitur“

<sup>33</sup> Kodierung: nominale Angabe des Alters des Befragten

Erkrankung/Verletzung zu einem höheren, objektiv betriebenen Aufwand führt, ebenso wie ein höherer Schulabschluss. Ein höheres Alter hingegen führt zu einem niedrigeren objektivierten Aufwand.

Die Rangfolge der Variablen hinsichtlich ihres Einflusses gestaltet sich wie folgt:

1. Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung? [Beta: -0,231]
2. Schulabschluss (ordinal) [Beta: 0,209]
3. Wie alt sind Sie? [Beta: -0,185]

Das bedeutet, dass die empfundene Schwere der Erkrankung/Verletzung den größten Einfluss auf den betriebenen, objektivierten Aufwand hat. Den zweitgrößten Einfluss hat der (ordinalisierte) Schulabschluss und den niedrigsten das Alter. Dabei liegen die drei Variablen hinsichtlich der Stärke ihres Einflusses nicht allzu weit voneinander entfernt.

## 6.5. Geringer subjektiver Aufwand bei der Recherche (H<sub>2</sub>)

Als nächstes soll H<sub>2</sub> untersucht werden: „Patienten sind sich dessen bewusst, dass sie keinen großen Aufwand betreiben.“

Diese subjektive Selbsteinschätzung des betriebenen Aufwands wurde direkt abgefragt. Die Befragten sollten angeben, wie groß der Aufwand war, den sie ihrer Meinung nach betrieben hatten, um sich Informationen über Krankenhäuser einzuholen.

„Wie groß war der Aufwand, den Sie betrieben haben, um Informationen über Krankenhäuser einzuholen?“	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Enormer Aufwand	5	0,8	0,9	0,9
Großer Aufwand	31	5,2	5,8	6,8
Mittlerer Aufwand	132	22,0	24,8	31,6
Geringer Aufwand	166	27,6	31,2	62,8
Gar kein Aufwand	198	32,9	37,2	100,0
Gesamt	532	88,5	100,0	

*Tabelle 6.5.a: Häufigkeiten (subjektiver) Aufwand; N = 601*

Lage- und Streuungsmaße des subjektiven Aufwands <sup>34</sup>			
Mittelwert	3,98	Standardabweichung	0,939
Median	4	1. Quartil	3
Modus	5	3. Quartil	5
n	532		

*Tabelle 6.5.b: Lage- und Streuungsmaße des (subjektiven) Aufwands*

Einen „enormen“ (0,9 gültige Prozent) oder zumindest „großen Aufwand“ (5,8 gültige Prozent) haben nur die wenigsten betrieben. Besonders interessant ist die Selbsteinschätzung, dass „gar kein Aufwand“ (37,2 gültige Prozent) oder nur ein „geringer Aufwand“ (31,2 gültige Prozent) betrieben wurde (Tabelle 6.5.a). Beantwortet wurde die Frage von 532 der 601 Befragten.

<sup>34</sup> Die Kodierung des Aufwands lautete wie folgt: 1 – „enormer Aufwand“, 2 – „großer Aufwand“, 3 – „mittlerer Aufwand“, 4 – „geringer Aufwand“, 5 – „gar kein Aufwand“. Obwohl die Skalierung eigentlich nur ordinal ist – und somit beispielsweise die Berechnung des arithmetischen Mittelwerts nicht zulässig –, wird ähnlich wie bei Likert-Skalen eine näherungsweise Äquidistanz zwischen den Antwortmöglichkeiten unterstellt und sie somit als quasi-intervallskaliert behandelt. Dies gilt auch für das gesamte statistische Vorgehen in dieser Arbeit. Der Autor teilt die eher ‚pragmatische‘ oder auch ‚liberale‘ Auffassung, dass ein falsches Skalenniveau die Bestätigung einer Hypothese eher erschwert und somit legitim angewandt werden kann, ohne die Integrität der Hypothesentestung zu gefährden (Kelle 2008, Döring & Bortz 2016).

Zwar gibt es auch hier keine Kontroll- bzw. Vergleichsgruppe, zu der der betriebene Aufwand in Beziehung gesetzt werden könnte. Jedoch spricht der Augenschein(!) nicht dafür, dass der Großteil der Befragten einen großen Aufwand betrieben hat. So beträgt der Anteil derjenigen, die gar keinen oder nur einen geringen Aufwand betrieben haben immerhin 68,4 gültige Prozent, also über zwei Drittel! Es wäre sicher interessant, diesen Aufwand mit dem zu vergleichen, der beispielsweise vor der Anschaffung eines elektronischen Geräts oder eines anderen Guts betrieben wird<sup>35</sup>.

Mit der Möglichkeit den subjektiven Aufwand bei Vergleichsentscheidungen zu untersuchen und dann die Ergebnisse mit denen bei der Krankenhauswahl vergleichen zu können, könnte H<sub>2</sub> sicher besser beantwortet werden. Interessant wäre dabei dann auch, wie unterschiedlich der betriebene Aufwand bei den verschiedenen Entscheidungen ausfallen würde und worauf dies dann zurückzuführen ist, also beispielsweise auf (einen Mangel an) eigene(r) Expertise oder die (mangelnde) Verfügbarkeit und Qualität von Informationen.

### 6.5.1. Subjektiver Aufwand bei der Recherche nach einzelnen Krankenhäusern

Wie schon beim objektivierten Aufwand wird auch beim subjektiven Aufwand eine ANOVA durchgeführt, um einen übergroßen Einfluss eines einzelnen Hauses auf das Gesamtergebnis auszuschließen bzw. identifizieren zu können.

Subjektiver Aufwand	Shapiro-Wilk		
	Statistik	Freiheitsgrade (= n)	Signifikanz
Krankenhaus A	,854	30	,001
Krankenhaus B	,855	54	,000
Krankenhaus C	,699	90	,000
Krankenhaus D	,834	78	,000
Krankenhaus E	,862	280	,000
Gesamt	,854	30	,001

*Tabelle 6.5.1.a: Test auf Normalverteilung des subjektiven Aufwands nach Krankenhäusern*

<sup>35</sup> Hierbei wäre aber denkbar, dass z.B. beim Online-Einkauf von Waren die interessierenden Informationen leichter verständlich, vor allem aber übersichtlicher und einheitlicher sind sowie leichter zugänglich. Dies würde auch erklären, wieso Patienten sich beispielsweise mehr Informationen wünschen, diese aber kaum zu nutzen scheinen (Kapitel 4.2., 4.3.).

Es zeigt sich, dass die Werte des angegebenen subjektiven Aufwands in keinem der Krankenhäuser normalverteilt sind (Tabelle 6.5.1.a). Dennoch soll auch hier – ebenso wie beim objektivierten Aufwand – im Vertrauen auf ihre Robustheit trotzdem eine ANOVA durchgeführt werden (siehe oben), sofern Varianzhomogenität gegeben ist. Da der Levene-Test eine Signifikanz von 0,089 ergibt, ist Varianzhomogenität gegeben. Daher wird die einfaktorielle ANOVA durchgeführt.

<b>Subjektiver Aufwand</b>	<b>Quadrat-summe</b>	<b>df</b>	<b>Mittel der Quadrate</b>	<b>F</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Zwischen den Gruppen</b>	23,839	4	5,960	6,613	,000
<b>Innerhalb der Gruppen</b>	474,933	527	,901		
<b>Gesamt</b>	498,773	531			

*Tabelle 6.4.1.a: ANOVA: Test auf signifikante Unterschiede zwischen den Krankenhäusern*

Es zeigt sich, dass ein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen besteht (Tabelle 6.4.1.a). Um zu prüfen, welche Krankenhäuser sich von den anderen unterscheiden oder ob es vielleicht doch sehr ähnliche Krankenhäuser gibt, die sich in eine Gruppe zusammenfassen lassen, wird ein Post-Hoc-Test durchgeführt.

Wie oben bereits festgestellt, liegt Varianzhomogenität vor. Daher und weil der Test gegen unbalancierte Stichproben unempfindlich ist, wird Hochbergs GT2 als Post-Hoc-Test eingesetzt (Tabelle 6.5.1.b).

Subjektiver Aufwand			Mittlere Differenz (Haus 1 – Haus 2)	Standardfehler	Signifikanz
	Haus 1	Haus 2			
Hochberg	Krankenhaus A	Krankenhaus B	-,052	,216	1,000
		Krankenhaus C	-,622	,200	,020
		Krankenhaus D	-,251	,204	,914
		Krankenhaus E	-,061	,182	1,000
	Krankenhaus B	Krankenhaus A	,052	,216	1,000
		Krankenhaus C	<b>-,570</b>	<b>,163</b>	<b>,005</b>
		Krankenhaus D	-,199	,168	,931
		Krankenhaus E	-,009	,141	1,000
	Krankenhaus C	Krankenhaus A	,622	,200	,020
		Krankenhaus B	<b>,570</b>	<b>,163</b>	<b>,005</b>
		Krankenhaus D	,371	,147	,112
		Krankenhaus E	<b>,562</b>	<b>,115</b>	<b>,000</b>
	Krankenhaus D	Krankenhaus A	,251	,204	,914
		Krankenhaus B	,199	,168	,931
		Krankenhaus C	-,371	,147	,112
		Krankenhaus E	,191	,122	,711
	Krankenhaus E	Krankenhaus A	,061	,182	1,000
		Krankenhaus B	,009	,141	1,000
		Krankenhaus C	<b>-,562</b>	<b>,115</b>	<b>,000</b>
		Krankenhaus D	-,191	,122	,711

*Tabelle 6.5.1.b: Hochbergs GT2, Test auf signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen Krankenhäusern, Bonferroni-korrigiertes Alpha = 0,01*

Die Power der Analyse liegt bei 1,000. Es muss jedoch darauf verwiesen werden, dass die Gruppengröße sich teils sehr stark unterscheidet. Der größte Unterschied liegt im Fall von *Krankenhaus A* zu *Krankenhaus E* vor, mit einem Faktor von 9,33.

Beim Test auf homogene Gruppen (Janssen, Laatz 2017) kristallisieren sich zwei Gruppen heraus, zwischen denen keine signifikanten Unterschiede bestehen (Tabelle 6.5.2.c). Dabei wird jedoch das *Krankenhaus D* beiden Gruppen zugeordnet, was gegen trennscharfe Gruppierungen spricht. Gruppe 1 besteht aus den *Krankenhäusern A, B, E* und *D*. Gruppe 2 besteht aus den *Krankenhäusern D* und *C* (Tabelle 6.5.2.c).

Wie groß war der Aufwand, den Sie betrieben haben, um Informationen über Krankenhäuser einzuholen?				
		N	Untergruppe für Alpha = 0.05.	
			1	2
<b>Hochberg</b>	Krankenhaus A	30	3,80	
	Krankenhaus B	54	3,85	
	Krankenhaus E	280	3,86	
	Krankenhaus D	78	4,05	4,05
	Krankenhaus C	90		4,42
	Signifikanz		,771	,252

*Tabelle 6.5.2.c: Test auf homogene Gruppen bei (subjektivem) Aufwand*

Mögliche Gründe für die Kongruenz dieser Gruppen lassen sich aus den vorhandenen Rahmendaten (Kapitel 6.3.1.) der Krankenhäuser nicht ableiten. Zwar handelt es sich bei den *Krankenhäusern C* und *D* um kleinere Häuser, dies trifft jedoch auch auf *Krankenhaus A* zu. Unter Umständen wäre es sinnvoll in weiteren Untersuchungen die Rahmenbedingungen, die Konkurrenzsituation und regionale Besonderheiten genauer zu beachten. Vielleicht besteht ein Zusammenhang zwischen der Anzahl an Möglichkeiten, sich behandeln zu lassen, und dem Aufwand, der bei der Recherche über Behandlungsmöglichkeiten betrieben wird? Zudem schien es sich bei den Patienten des *Krankenhauses C* – einer Lungenfachklinik – zu einem großen Teil um chronisch kranke Patienten zu handeln. Andererseits ist offenbar kein Einfluss der durch die Anzahl der Aufenthalte gemessenen Erfahrung auf den betriebenen Rechercheaufwand festzustellen (Kapitel 6.7.).

### **6.5.2. Regressionsanalyse zum subjektiven Aufwand**

Ebenso wie beim objektivierten Aufwand soll nur für den subjektiven Aufwand noch eine multiple lineare Regressionsanalyse durchgeführt werden.

In die Analyse einbezogen werden die gleichen Items wie oben und zwar aus den selben Gründen (Kapitel 6.4.3.):

- Empfinden der Erkrankung/Verletzung
- Schulabschluss (ordinal)
- Beruflicher/akademischer Abschluss (ordinal)
- Krankenversicherung (dichotom)
- Alter
- Geschlecht



## Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers	
1	,286 <sup>a</sup>	,082	,068	,913	
2	,285 <sup>b</sup>	,081	,070	,912	
3	,280 <sup>c</sup>	,078	,069	,913	
4	,271 <sup>d</sup>	,073	,067	,914	
5	,261 <sup>e</sup>	,068	,064	,915	
Modell	Statistikwerte ändern				
	Änderung in R-Quadrat	Änderung in F	df1	df2	Sig. Änderung in F
1	,082	6,115	6	412	,000
2	,000	,192	1	412	,662
3	-,003	1,381	1	413	,241
4	-,005	2,234	1	414	,136
5	-,005	2,225	1	415	,137

a.

Einflussvariablen : (Konstante), Was ist Ihr Geschlecht?, Schulabschluss (ordinal), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie alt sind Sie?, Rekodierter beruflicher/akademischer Abschluss

b.

Einflussvariablen : (Konstante), Was ist Ihr Geschlecht?, Schulabschluss (ordinal), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie alt sind Sie?

c.

Einflussvariablen : (Konstante), Schulabschluss (ordinal), Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?, Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie alt sind Sie?

d.

Einflussvariablen : (Konstante), Schulabschluss (ordinal), Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV), Wie alt sind Sie?

e.

Einflussvariablen : (Konstante), Schulabschluss (ordinal), Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)

*Tabelle 6.5.2.a: Modellzusammenfassung zum subjektiven Aufwand*

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
1	(Konstante)	4,446	,364		12,229	,000
	Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?	,087	,060	,070	1,435	,152
	Schulabschluss (ordinal)	-,143	,067	-,131	-2,145	,033
	Rekodierter beruflicher/akademischer Abschluss	-,042	,096	-,026	-,438	,662
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,320	,114	-,144	-2,811	,005
	Wie alt sind Sie?	,007	,003	,105	1,992	,047
	Was ist Ihr Geschlecht?	-,096	,095	-,051	-1,011	,312
2	(Konstante)	4,432	,362		12,247	,000
	Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?	,086	,060	,069	1,421	,156
	Schulabschluss (ordinal)	-,157	,059	-,144	-2,671	,008
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,329	,112	-,149	-2,952	,003
	Wie alt sind Sie?	,007	,003	,103	1,957	,051
	Was ist Ihr Geschlecht?	-,108	,092	-,057	-1,175	,241

*Tabelle 6.5.2.b: Regressionsmodelle zum subjektiven Aufwand (Teil 1)*

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Standardfehler	Beta		
3	(Konstante)	4,323	,350		12,352	,000
	Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?	,090	,060	,073	1,495	,136
	Schulabschluss (ordinal)	-,164	,059	-,150	-2,798	,005
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,333	,112	-,150	-2,988	,003
	Wie alt sind Sie?	,006	,003	,092	1,773	,077
4	(Konstante)	4,598	,298		15,411	,000
	Schulabschluss (ordinal)	-,162	,059	-,148	-2,764	,006
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,330	,112	-,149	-2,952	,003
	Wie alt sind Sie?	,005	,003	,075	1,491	,137
5	(Konstante)	4,955	,179		27,739	,000
	Schulabschluss (ordinal)	-,193	,055	-,177	-3,519	,000
	Dichotomisierte Krankenversicherung (GKV, PKV)	-,314	,111	-,142	-2,821	,005

a.

Abhängige Variable: Wie groß war der Aufwand, den Sie betrieben haben, um Informationen über Krankenhäuser einzuholen?

*Tabelle 6.5.2.c: Regressionsmodelle zum subjektiven Aufwand (Teil 2)*

Bei der multiplen linearen Regressionsanalyse verbleibt nach dem Ausschlussverfahren am Ende nur noch das Modell 5 (Tabelle 6.5.2.a, 6.5.2.b, 6.5.2.c) mit folgender Regressionsgleichung:

$$\text{Aufwand}_{\text{subj}}^{36} = 4,955 - 0,193 \{\text{Schulabschluss (ordinal)}^{37}\} - 0,314 \{\text{dichotomisierte Krankenversicherung}^{38}\}$$

Daraus lässt sich schließen, dass ein höherer (ordinalisierter) Schulabschluss und eine private statt der gesetzlichen Krankenversicherung zu einem höheren subjektiven Aufwand führen. Dabei gilt jedoch zu beachten, dass das korrigierte Bestimmtheitsmaß bei nur 0,064 liegt und somit gerade einmal 6,4 Prozent der Gesamtvarianz durch das Modell erklärt werden! Ein denkbar niedriger Wert.

Die Rangfolge des Einflusses durch die beiden Variablen gestaltet sich anhand des Beta-Werts wie folgt:

1. Schulabschluss (ordinal) [Beta: -0,177]
2. Krankenversicherung (dichotomisiert) [Beta: -0,142]

Somit hat also von den für die Berechnung des Regressionsmodells herangezogenen Variablen also die Schulbildung den höchsten Einfluss auf den subjektiv betriebenen Aufwand. An zweiter Stelle steht die Krankenversicherung. Für die empfundene Schwere der Verletzung/Erkrankung, den beruflichen bzw. akademischen Abschluss, das Alter und das Geschlecht finden sich keine signifikanten (linearen) Zusammenhänge.

---

<sup>36</sup> Kodierung: 1 – „enormer Aufwand“, 2 – „großer Aufwand“, 3 – „mittlerer Aufwand“, 4 – „geringer Aufwand“, 5 – „gar kein Aufwand“

<sup>37</sup> Kodierung: 1 – „kein Schulabschluss“, 2 – „Volks- oder Hauptschulabschluss“, 3 – „Realschulabschluss“, 4 – „(Fach-)Abitur“

<sup>38</sup> Kodierung: 1 – „gesetzlich versichert“, 2 – „privat (zusatz-)versichert“

## **6.6. Einfluss der Schwere der Erkrankung/Verletzung ( $H_3$ )**

Im Folgenden soll untersucht werden, ob die empfundene Schwere der Erkrankung bzw. Verletzung einen Einfluss auf den betriebenen Aufwand hat. Dies dient der Prüfung von  $H_3$ : „Schwerere Erkrankungen führen zu einer intensiveren Informationssuche“.

Um den beiden Arten der Erfassung des Aufwands – nämlich des objektivierten und des subjektiven Aufwands – Rechnung zu tragen wird die Ursprungshypothese aufgeteilt und umformuliert. Die neuen Hypothesen lauten wie folgt:

$H_{3a}$ : „Eine als schwerer empfundene Erkrankung/Verletzung führt zu einem objektiv höheren Aufwand bei der Recherche“

$H_{3b}$ : „Eine als schwerer empfundene Erkrankung/Verletzung führt zu einem subjektiv höheren Aufwand bei der Recherche“

Die Schwere der Erkrankung oder Verletzung wird erfasst durch die Frage nach der empfundenen Schwere der Erkrankung oder Verletzung. Zwar wurden die Befragten gebeten anzugeben, wegen welcher Erkrankung oder Verletzung sie in Behandlung waren, doch die Angaben dazu waren von sehr zweifelhaftem Nutzen: Oft wurden gar keine Angaben gemacht oder sie waren zu unspezifisch, um sinnvoll ausgewertet werden zu können.

Zwar hat sich die empfundene Schwere der Erkrankung/Verletzung schon in den vorangegangenen Regressionsanalysen nicht als tauglicher Prädiktor für die Höhe des subjektiven Aufwands erwiesen (Kapitel 6.5.2.), beim objektivierten Aufwand hingegen schon (Kapitel 6.4.3.). Die Hypothesentests für  $H_{3a}$  und  $H_{3b}$  werden der Vollständigkeit und Sicherheit halber dennoch durchgeführt.

### **6.6.1. Schwere der Erkrankung/Verletzung und objektivierter Aufwand ( $H_{3a}$ )**

Bereits bei der Durchführung der Regressionsanalyse stellte sich die empfundene Schwere der Erkrankung/Verletzung bereits als ein wesentlicher Prädiktor des objektivierten Aufwands heraus (Kapitel 6.4.3.). Für die Prüfung der Hypothese  $H_{3a}$  („Eine als schwerer empfundene Erkrankung/Verletzung führt zu einem höheren objektiviert gemessenen Aufwand bei der Recherche“) wird eine Rangkorrelation nach Spearman berechnet.

			Objektivierter Aufwand
Spear-man- <Rho	„Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?“	Korrelationskoeffizient	-,174
		Sig. (2-seitig)	,004
		n	265
		Power	0,814

Tabelle 6.6.1.a: Korrelation zwischen Empfinden der Erkrankung/Verletzung und dem objektivierten Aufwand

Dabei ergibt sich ein höchst signifikanter, negativer Zusammenhang<sup>39</sup> (Tabelle 6.6.1.a). Das bedeutet, dass eine als schwerwiegender empfundene Erkrankung/Verletzung mit einem höheren objektivierten Aufwand einhergeht. Allerdings ist die Stärke der Korrelation nur schwach mit einer erklärten Varianz von gerade einmal 3 Prozent.

Damit und durch die Regressionsanalyse (Kapitel 6.4.3.) kann die Hypothese H<sub>3a</sub> als bedingt verifiziert betrachtet werden, auch wenn der Zusammenhang nicht besonders stark ausfällt.

### 6.6.2. Schwere der Erkrankung/Verletzung und subjektiver Aufwand (H<sub>3b</sub>)

Zur Prüfung von H<sub>3b</sub> („Eine als schwerer empfundene Erkrankung/Verletzung führt zu einem höheren subjektiven Aufwand bei der Recherche“) wird ebenfalls eine Rangkorrelation nach Spearman gerechnet. Dabei hatte sich aber schon oben in der Regressionsanalyse gezeigt, dass die empfundene Schwere der Erkrankung/Verletzung nicht als Prädiktor des subjektiven Aufwands dienen kann (Kapitel 6.5.2.).

			Subjektiver Aufwand
Spear-man- Rho	„Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?“	Korrelationskoeffizient	,000
		Sig. (2-seitig)	,995
		n	498
		Power	0,05 <sup>40</sup>

Tabelle 6.6.2.a: Korrelation zwischen Empfinden der Erkrankung/Verletzung und dem subjektiven Aufwand

<sup>39</sup> Die Kodierung des Aufwands lautete wie folgt: 1 – „enormer Aufwand“, 2 – „großer Aufwand“, 3 – „mittlerer Aufwand“, 4 – „geringer Aufwand“, 5 – „gar kein Aufwand“. Die Codierung des objektivierten Aufwands konstituiert sich so, dass ein höherer Wert einen höheren Aufwand bedeutet.

<sup>40</sup> Um eine Power von mindestens 0,8 zu erreichen, hätte bei gegebener Stichprobe eine Effektstärke/ein Korrelationskoeffizient von 0,126 vorliegen müssen.

Folgerichtig zeigt sich auch hier keinerlei (linearer) Zusammenhang zwischen der Empfindung der Schwere der Erkrankung/Verletzung und dem subjektiven Aufwand (Tabelle 6.6.2.a). Somit muss  $H_{3b}$  verworfen werden: Es gibt keinen signifikanten Zusammenhang zwischen der empfundenen Schwere der Erkrankung/Verletzung und dem subjektiv betriebenen Rechercheaufwand<sup>41</sup>.

---

<sup>41</sup> Da in Kapitel 6.5.1. festgestellt wurde, dass sich die Krankenhäuser in zwei Gruppen einteilen lassen können, wurden zur Sicherheit auch diese beiden Gruppen getrennt voneinander auf eine Rangkorrelation mit der empfundenen Schwere der Erkrankung/Verletzung geprüft. Dabei ergab sich sowohl für die Gruppe der Krankenhäuser A, B, E und D ( $r = -0,12$  ;  $p = 0,808$  ;  $n = 409$ ) wie auch für die Gruppe der Krankenhäuser D und C ( $r = 0,029$  ;  $p = 0,720$  ;  $n = 160$ ) kein signifikanter Zusammenhang zwischen der empfundenen Schwere der Verletzung/Erkrankung und dem subjektiv betriebenen Aufwand.

## 6.7. Einfluss der Erfahrung (H<sub>4</sub>)

Es kann wohl angenommen werden, dass sehr ‚erfahrene‘ Patienten, also Patienten, die bereits eine Vielzahl an Krankenhausaufenthalten hinter sich haben, bereits aus eigener Erfahrung recht gut über Krankenhäuser informiert sind. Dabei außer Acht lassend, dass sich die (Behandlungs-)Qualität in Krankenhäusern im Laufe der Zeit stark wandeln kann und daher grundsätzlich möglichst aktuelle Informationen zu bevorzugen wären (Kapitel 4.3.). Außerdem kann es bei chronisch kranken Patienten sehr wohl vorkommen, dass sie bewusst immer wieder in das gleiche ‚Krankenhaus gehen, weil man dort mit ihrem Fall vertraut ist und auch die Patienten selbst mit dem Krankenhaus vertraut sind. Daher wurde die Hypothese H<sub>4</sub> aufgestellt: „‚Erfahrene‘ Patienten betreiben weniger Aufwand.“

Auch hier muss differenziert werden zwischen dem objektivierten und dem subjektiven Aufwand, was zu einer Aufspaltung und Umformulierung der Hypothesen führt:

H<sub>4a</sub>: „‚Erfahrene‘ Patienten betreiben objektiv weniger Aufwand.“

H<sub>4b</sub>: „‚Erfahrene‘ Patienten betreiben subjektiv weniger Aufwand.“

### 6.7.1. Einfluss der Erfahrung auf den objektiven Aufwand (H<sub>4a</sub>)

Für den objektiven Aufwand wird die Hypothese mittels einer Korrelation nach Pearson geprüft. Als Variablen gehen – als Indikator für die Erfahrung – die Anzahl der Krankenhausaufenthalte in den letzten zehn Jahren ein und der Faktor des objektivierten Aufwands.

			Objektivierter Aufwand
Pearson	Behandlungen in Krankenhäusern in den letzten 10 Jahren	Korrelationskoeffizient	,060
		Sig. (2-seitig)	,438
		n	168
		Power	0,121 <sup>42</sup>

*Tabelle 6.7.1a: Korrelation zwischen den Krankenhausaufenthalten in den letzten zehn Jahren und dem objektivierten Aufwand*

Es lässt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der ‚Erfahrung‘ und dem objektiviert betriebenen Aufwand feststellen (Tabelle 6.7.1.a). Somit muss H<sub>4a</sub> verworfen werden.

<sup>42</sup> Um eine Power von mindestens 0,8 zu erreichen, hätte bei gegebener Stichprobe eine Effektstärke/ein Korrelationskoeffizient von 0,215 vorliegen müssen.



### 6.7.2. Einfluss der Erfahrung auf den subjektiven Aufwand (H<sub>4b</sub>)

Hypothese H<sub>4b</sub> wird über eine Rangkorrelation nach Spearman geprüft. Korreliert werden die Gesamtanzahl der Aufenthalte in Krankenhäusern in den letzten zehn Jahren und der subjektiv betriebene Aufwand.

			Subjektiver Aufwand
Spear-man- sRho	Behandlungen in Krankenhäusern in den letzten 10 Jahren	Korrelationskoeffizient	,091
		Sig. (2-seitig)	,110
		n	312
		Power	0,362 <sup>43</sup>

*Tabelle 6.7.2.a: Rangkorrelation zwischen den Krankenhausaufenthalten in den letzten zehn Jahren und dem subjektiven Aufwand*

Es zeigt sich kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Anzahl der Aufenthalte in Krankenhäusern in den letzten zehn Jahren und dem subjektiv betriebenen Aufwand (Tabelle 6.7.2.a)<sup>44</sup>. Somit muss auch H<sub>4b</sub> verworfen werden. Es gibt auch zwischen der Krankenhauserfahrung und dem subjektiven Recherche-Aufwand keinen signifikanten Zusammenhang.

<sup>43</sup> Um eine Power von mindestens 0,8 zu erreichen, hätte bei gegebener Stichprobe eine Effektstärke/ein Korrelationskoeffizient von 0,158 vorliegen müssen.

<sup>44</sup> Auch hier wurde der Genauigkeit halber untersucht, ob es einen Unterschied bei den zwei weiter oben ermittelten, homogenen Gruppen gibt. Dabei ergab sich sowohl für die Gruppe der *Krankenhäuser A, B, E* und *D* ( $r = 0,032$  ;  $p = 0,619$  ;  $n = 240$ ) sowie für die Gruppe der *Krankenhäuser D* und *C* ( $r = -0,007$  ;  $p = 0,947$  ;  $n = 107$ ) kein signifikanter Zusammenhang zwischen der dem subjektiv betriebenen Aufwand und der ‚Krankenhauserfahrung‘, in Form von zahlreichen Aufenthalten.

## 6.8. Einfluss der Ärzte (H<sub>5</sub>)

Es deutete sich im qualitativen Teil – ebenso wie im Stand der Forschung – an, dass Ärzte mit die größte Rolle bei der Krankenhauswahl spielen. Dies führte zur Hypothese H<sub>5</sub>: „Ärzte haben den größten Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses“.

Um dies zu untersuchen, wurden die Patienten in der Befragung gebeten anzugeben, wie groß der Einfluss der verschiedenen Informationsquellen auf ihre Entscheidung gewesen ist. Für diese Analyse wurden die Variablen mit der Bewertung des Einflusses der Informationsquellen zunächst in neue Variablen umcodiert. Dabei wurden diejenigen Bewertungen ausgelassen, die die Informationsquelle zuvor nicht als genutzt angegeben hatten. Somit werden nur die tatsächlich genutzten und bewerteten Informationsquellen untersucht (Tabelle 6.8.a). Dies sollte das Problem lösen, dass teils Informationsquellen bewertet worden waren, die die Patienten gar nicht genutzt hatten.

Variable	n	
	Gültig (absolut / Prozent)	Fehlend (absolut)
Kontrollierter Einfluss (selbst)	341 / 56,7 %	260
Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)	220 / 36,6 %	381
Kontrollierter Einfluss (Facharzt)	288 / 47,9 %	313
Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)	74 / 12,3 %	527
Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)	112 / 18,6 %	489
Kontrollierter Einfluss (Selbsthilfegruppe)	22 / 3,7 %	579
Kontrollierter Einfluss (Internet-Forum)	3 / 0,5 %	598
Kontrollierter Einfluss (Internet-Qualitätsseite)	26 / 4,3 %	575
Kontrollierter Einfluss (Internet-Homepage)	35 / 5,8 %	566

*Tabelle 6.8.a: Übersicht kontrollierte Einflussvariable*

Es wird im Folgenden geprüft, ob die Werte sich signifikant voneinander unterscheiden, und damit der Feststellung, ob bestimmte ‚Informationsquellen‘ einen unterschiedlich hohen Einfluss haben. Dazu werden zum einen gepaarte t-Tests durchgeführt (Kapitel 6.8.1.), zum zweiten wird eine Rangfolge auf Basis der jeweiligen Einflussstärke gebildet (Kapitel 6.8.2.).

### 6.8.1. Überprüfung mittels gepaarter t-Tests

Die unterschiedlichen kontrollierten Einflussvariablen werden bivariat auf signifikante Unterschiede geprüft. Dies erfolgt mittels multipler, gepaarter t-Tests. Es werden nur diejenigen Einfluss-Variablen geprüft, die von mindestens fünf Prozent der Befragten als tatsächlicher Einfluss genannt wurden. Dadurch wird vermieden vergleichsweise unbedeutenden Einflussfaktoren ein zu großes Gewicht zuzuschreiben. Außerdem bleiben dadurch die notwendigen Signifikanzniveaus trotz der notwendigen Bonferroni-Korrektur bei 15 Paarungen (korrigiertes Alpha = 0,00208<sup>45</sup>) noch realistisch handhabbar.

In die Analyse gehen somit ein:

- Kontrollierter Einfluss (selbst)
- Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)
- Kontrollierter Einfluss (Facharzt)
- Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)
- Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)
- Kontrollierter Einfluss (Internet-Homepage)

---

<sup>45</sup> Da die Bonferroni-Korrektur ziemlich konservativ ist, wurde auch eine Alpha-Korrektur nach der Bonferroni-Holm Methode geprüft (Holm 1979, Bortz & Schuster 2010). Dabei ergaben sich bei den verschiedenen Paarungen jedoch die gleichen signifikanten Paarungen.

Statistik bei gepaarten Stichproben					
		Mittelwert <sup>46</sup>	N	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paar 1	Kontrollierter Einfluss (selbst)	2,38	157	1,248	0,100
	Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)	2,21	157	1,198	0,096
Paar 2	Kontrollierter Einfluss (selbst)	2,53	167	1,216	0,094
	Kontrollierter Einfluss (Facharzt)	1,84	167	1,008	0,078
Paar 3	Kontrollierter Einfluss (selbst)	2,45	51	1,361	0,191
	Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)	2,55	51	1,172	0,164
Paar 4	Kontrollierter Einfluss (selbst)	2,29	79	1,283	0,144
	Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)	3,00	79	1,132	0,127
Paar 5	Kontrollierter Einfluss (selbst)	1,96	27	1,091	0,210
	Kontrollierter Einfluss (Internet-Homepage)	3,15	27	0,907	0,175
Paar 6	Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)	2,28	74	1,222	0,142
	Kontrollierter Einfluss (Facharzt)	2,04	74	1,091	0,127
Paar 7	Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)	2,37	27	1,214	0,234
	Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)	2,56	27	1,396	0,269
Paar 8	Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)	2,42	57	1,085	0,144
	Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)	3,23	57	0,982	0,130

Tabelle 6.8.1.a: Statistik der gepaarten t-Tests, 1. Teil

<sup>46</sup> Die Kodierung der Variablen lautet wie folgt: 1 - „stärkster Einfluss überhaupt“, 2 - „sehr starker Einfluss“, 3 - „starker Einfluss“, 4 - „leichter Einfluss“, 5 - „gar kein Einfluss“. Somit gelten niedrigere Werte als höherer Einfluss. Die Berechnung der angegebenen Mittelwerte beinhaltet lediglich die Fälle, in denen eine Paarung vorhanden ist, als zu beiden Variablen ein Wert vorliegt. Daher schwanken die Mittelwerte zwischen den einzelnen Vergleichen.

Statistik bei gepaarten Stichproben					
		Mittelwert	N	Std.- Abweichung	Standardfehler des Mittelwertes
Paar 9	Kontrollierter Einfluss (Hausarzt)	2,29	14	1,139	0,304
	Kontrollierter Einfluss (Internet- Homepage)	3,14	14	0,864	0,231
Paar 10	Kontrollierter Einfluss (Facharzt)	1,71	35	0,893	0,151
	Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)	2,69	35	1,183	0,200
Paar 11	Kontrollierter Einfluss (Facharzt)	1,93	44	1,065	0,161
	Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)	2,98	44	1,089	0,164
Paar 12	Kontrollierter Einfluss (Facharzt)	1,69	13	0,947	0,263
	Kontrollierter Einfluss (Internet- Homepage)	3,23	13	0,927	0,257
Paar 13	Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)	2,59	34	1,209	0,207
	Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)	2,97	34	1,114	0,191
Paar 14	Kontrollierter Einfluss (Familie/Partner)	2,83	6	1,169	0,477
	Kontrollierter Einfluss (Internet- Homepage)	3,00	6	0,632	0,258
Paar 15	Kontrollierter Einfluss (Freunde/Bekannte)	2,71	14	0,914	0,244
	Kontrollierter Einfluss (Internet- Homepage)	3,14	14	1,027	0,275

*Tabelle 6.8.1.b: Statistik der gepaarten t-Tests, 2. Teil*

		Gepaarte Differenzen					T	df	Sig. (2-seitig)
		Mittelwertdiff.	Std.-Abw.	Standardfehler des Mittelwertes	95% Konfidenzintervall der Differenz				
Paar	Paarung				Untere	Obere			
1	Selbst - Hausarzt	0,172	1,570	0,125	-0,075	0,419	1,373	156	0,17178
2	<b>Selbst - Facharzt</b>	0,689	1,575	0,122	0,448	0,929	5,650	166	<b>0,00000</b>
3	Selbst - Familie/Partn.	-0,098	1,723	0,241	-0,583	0,387	-0,406	50	0,68629
4	<b>Selbst - Freunde/Bek.</b>	-0,709	1,602	0,180	-1,068	-0,350	-3,932	78	<b>0,00018</b>
5	<b>Selbst - Homepage</b>	-1,185	1,360	0,262	-1,723	-0,647	-4,529	26	<b>0,00012</b>
6	Hausarzt - Facharzt	0,243	1,237	0,144	-0,043	0,530	1,692	73	0,09488
7	Hausarzt - Familie/Partn.	-0,185	1,665	0,320	-0,844	0,473	-0,578	26	0,56827
8	<b>Hausarzt - Freunde/Bek.</b>	-0,807	1,540	0,204	-1,216	-0,398	-3,955	56	<b>0,00022</b>
9	Hausarzt - Homepage	-0,857	1,292	0,345	-1,603	-0,111	-2,482	13	0,02753
10	<b>Facharzt - Familie/Partn.</b>	-0,971	1,465	0,248	-1,475	-0,468	-3,923	34	<b>0,00040</b>
11	<b>Facharzt - Freunde/Bek.</b>	-1,045	1,257	0,189	-1,428	-0,663	-5,518	43	<b>0,00000</b>
12	<b>Facharzt - Homepage</b>	-1,538	1,050	0,291	-2,173	-0,904	-5,283	12	<b>0,00019</b>
13	Familie/Partn.- Freunde/Bek.	-0,382	1,015	0,174	-0,737	-0,028	-2,196	33	0,03527
14	Familie/Partn.- Homepage	-0,167	0,753	0,307	-0,957	0,623	-0,542	5	0,61088
15	Freunde/Bek.- Homepage	-0,429	1,284	0,343	-1,170	0,313	-1,249	13	0,23369

*Tabelle 6.8.1.c: t-Tests auf signifikante Unterschiede zwischen den (kontrollierten) Einflüssen der Informationsquellen*

Es gibt also signifikante Unterschiede zwischen dem Einfluss der folgenden Informationsquellen (Tabelle 6.8.1.a, 6.8.1.b, 6.8.1.c):

- „Selbst“ (Mittelwert: 2,53) – „Facharzt“ (Mittelwert: 1,84)
- „Selbst“ (Mittelwert: 1,96) – „Internet-Homepage“ (Mittelwert: 3,15)
- „Selbst“ (Mittelwert: 2,29) – „Freunde/ Bekannte“ (Mittelwert: 3,00)
- „Facharzt“ (Mittelwert: 1,93) – „Freunde/ Bekannte“ (Mittelwert: 2,98)
- „Facharzt“ (Mittelwert: 1,69) – „Internet-Homepage“ (Mittelwert: 3,23)
- „Facharzt“ (Mittelwert: 1,71) – „Familie/ Partner“ (Mittelwert: 2,69)
- „Hausarzt“ (Mittelwert: 2,42) – „Freunde/ Bekannte“ (Mittelwert: 3,23)

Somit haben die Fachärzte einen signifikant höheren Einfluss auf die Entscheidung als die eigene Meinung, Wissen und Erfahrung (Variable „Selbst“), die Familie bzw. der Partner, Freunde und Bekannte oder die Homepage der Klinik (Tabelle 6.8.1.c). Die Fachärzte haben außerdem mit 2,04 zwar einen höheren Mittelwert des Einflusses als die Hausärzte mit 2,28, jedoch ist der Unterschied nicht signifikant ( $p = 0,09488$ ,  $n = 74$ ) (Tabelle 6.8.1.a, 6.8.1.c).

Die Hausärzte haben einen signifikant höheren Einfluss auf die Entscheidung als Freunde und Bekannte. Zu anderen Einflussnehmern besteht kein signifikanter Unterschied.

Die Variable „Eigenes Wissen, Meinung und Erfahrung“ hat eine signifikant höhere Bedeutung als Freunde und Bekannte oder die Homepage der Klinik.

Die Ergebnisse sprechen dafür, dass zumindest Fachärzte den stärksten Einfluss auf die Entscheidung für ein Krankenhaus zur (Weiter-)Behandlung haben. Dabei ist jedoch auch zu beachten, dass trotz der Reduktion auf die von mindestens fünf Prozent genannten Einflussfaktoren, viele Kombinationen der Einflussfaktoren sehr niedrig liegen.

Beispielsweise gibt es lediglich 13 Befragte, die sowohl von einem Facharzt als auch der Homepage des Krankenhauses beeinflusst wurden oder 27, die sowohl vom Hausarzt als auch der Familie oder dem Partner beeinflusst wurden (Tabelle 6.8.1.b).

Trotzdem kann die Hypothese  $H_5$ : „Ärzte haben den größten Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses“ zumindest für die Fachärzte als bestätigt angesehen werden. Bei den Hausärzten besteht kein signifikanter Abstand des Einflusses zur eigenen Meinung, Wissen und Erfahrung (Variable „Kontrollierter Einfluss: selbst“).

### 6.8.2. Rangfolge auf Basis einer Intervallschätzung des Mittelwerts

Nachdem sich der große Einfluss zumindest der Fachärzte schon gezeigt hat (Kapitel 6.8.1.) werden im Folgenden das jeweilige Konfidenzintervall der Einflüsse auf die Entscheidung berechnet. Dies wird durchgeführt für alle Variablen außer dem Einfluss durch Internetforen, da hierzu nur drei Befragte Angaben gemacht haben.

Als Konfidenzniveau für die Intervallschätzungen<sup>47</sup> werden (Bonferroni-korrigiert) 99,375 Prozent gewählt. Dies führt zwar – vor allem bei den Variablen mit niedrigerem n – zu sehr großen Intervallen, jedoch weisen dadurch fehlende Überschneidungen der Schätzbereiche auf signifikante Unterschiede hin.

		Gültig		99,375% Konfidenzintervall des Mittelwerts		
Rang	Variable	n	Prozent von N	Mittelwert	Untergrenze	Obergrenze
1	Kontrollierter Einfluss: Facharzt	288	47,9%	1,77	1,62	1,93
2	Kontrollierter Einfluss: Hausarzt	220	36,6%	2,04	1,82	2,25
3	Kontrollierter Einfluss: selbst	341	56,7%	2,44	2,25	2,63
4	Kontrollierter Einfluss: Familie/Partner	74	12,3%	2,59	2,20	2,99
5	Kontrollierter Einfluss: Freunde/Bekannte	112	18,6%	2,88	2,58	3,19
6	Kontrollierter Einfluss: Internet-Homepage	35	5,8%	3,09	2,63	3,54
7	Kontrollierter Einfluss: Internet-Qualitätsseite	26	4,3%	3,35	2,63	4,07
8	Kontrollierter Einfluss: Selbsthilfegruppe	22	3,7%	4,64	4,02	5,25

*Tabelle 6.8.2.a: Rangfolge der Einflüsse auf Basis des Mittelwerts mit Angabe der 99,375%-Konfidenzintervallschätzung*

Natürlich kann die so erstellte Rangfolge (Tabelle 6.8.2.a) nur bedingt analysiert oder für fundierte Aussagen herangezogen werden. Auch sind die Ränge nicht auf Basis statistischer Signifikanz gebildet worden. Die Basis für die Rangfolge stellt einfach der Mittelwert dar. Allerdings ist von signifikanten Unterschieden zwischen den einzelnen Rangplätzen auszugehen, wenn sich die Konfidenzintervalle nicht überschneiden. Letztlich ergibt sich weitgehend das gleiche Ergebnis wie beim vorherigen Hypothesentest (Kapitel 6.8.1.).

<sup>47</sup> Die Intervallschätzung schätzt auf Basis der erhobenen Daten der Stichprobe den Bereich, in dem mit einer gewissen Sicherheit der Mittelwert der Grundgesamtheit liegt.



Allerdings ist die Darstellung weniger komplex, deutlich übersichtlicher und es konnten auch mehr der Variablen abgebildet werden.

Es zeigt sich, dass die Hypothese  $H_5$ : „Ärzte haben den größten Einfluss auf die Wahl des Krankenhauses“ als weitgehend bestätigt angesehen werden darf. Die einzige Einschränkung betrifft die Überschneidung des Konfidenzintervalls der Hausärzte mit dem der eigenen Meinung, Wissen und Erfahrung (Variable „Kontrollierter Einfluss: selbst“). Von den Hausärzten abgesehen, haben somit die Fachärzte den größten Einfluss auf die Krankenhauswahl gehabt.

## 6.9. Exkurs: Satisfizierer oder Maximierer?

Um zwischen überzeugten ‚Stammkunden‘ und denjenigen Patienten unterscheiden zu können, die auch andere Krankenhäuser für ihre Behandlung in Betracht ziehen würden, wurde die Bereitschaft abgefragt, das Krankenhaus für anschließende oder andere Behandlungen zu wechseln („Stellen Sie sich vor, Sie machen hier zwar gute Erfahrungen, hören aber noch Besseres über ein anderes Krankenhaus: Würden Sie für eine anschließende Behandlung oder eine andere Behandlung dorthin wechseln?“). Die Frage stellt dabei die Prämisse auf, dass man „Besseres“ über ein anderes Krankenhaus hört.

Gleichzeitig zeigt die Frage auf, ob es sich bei dem Befragten um einen Satisfizierer oder Maximierer handelt (Simon 1955, Schwartz et al 2002). Ein Satisfizierer bleibt der Wahl treu, die ihm bislang ein zufriedenstellendes Ergebnis gebracht hat. Ein Maximierer müsste versuchen seinen Nutzen zu maximieren, indem er – auch bei gegebener Zufriedenheit – eine bessere Option wahrzunehmen bereit wäre.

<b>Stellen Sie sich vor, Sie machen hier zwar gute Erfahrungen, hören aber noch Besseres über ein anderes Krankenhaus: Würden Sie für eine anschließende Behandlung oder eine andere Behandlung dorthin wechseln?</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
Äußerst sicher	13	2,2	2,4	2,4
Sehr sicher	18	3,0	3,4	5,8
Sicher	58	9,7	10,8	16,6
Unsicher	238	39,6	44,3	60,9
Keinesfalls	210	34,9	39,1	100,0
Gesamt	537	89,4	100,0	

*Tabelle 6.9.a: Übersicht Wechselbereitschaft*

Es zeigt sich, dass 39,1 gültige Prozent der Befragten das Krankenhaus keinesfalls wechseln würden! Da bei dürfte es sich also um Satisfizierer und/oder ‚loyale Stammkunden‘ handeln. Sicher (10,8 gültige Prozent), sehr sicher (3,4 gültige Prozent) oder äußerst sicher (2,4 gültige Prozent) würden nur 16,6 gültige Prozent zu dem angeblich besseren Krankenhaus wechseln (Tabelle 6.9.a)<sup>48</sup>. Diese 16,6 gültigen Prozent könnten somit als potentielle Maximierer angesehen werden.

<sup>48</sup> Bei einer bivariaten Korrelation nach Spearman (Bühl 2014, Field 2015) ergibt sich ein höchst signifikanter Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit bei der aktuellen Behandlung und einer fehlenden Bereitschaft das

44,3 gültige Prozent gaben an unsicher zu sein, ob sie wechseln würden. Diese sind weder dem einen noch dem anderen Ideal- bzw. Extremtyp zuzuordnen.

---

Krankenhaus zu wechseln. Der – aufgrund der Codierung negative – Korrelationskoeffizient liegt bei bei -0,233 und ist somit mittelstark. Die Wechselbereitschaft hängt somit natürlich auch mit der aktuellen Zufriedenheit zusammen. Zufriedene Patienten zeigen sich weniger wechselbereit.

## 7. Diskussion

### 7.1. Verortung der Untersuchung und der Ergebnisse

#### Fähigkeit zur Mitsprache und -entscheidung der Patienten

Ziel der derzeitigen Politik ist es, Patienten in die Entscheidungen hinsichtlich ihrer Gesundheit mit einzubeziehen. Dies geschieht zur Anerkennung der Autonomie des Patienten, aber womöglich auch, um bessere Behandlungsergebnisse zu erzielen. Vor allem wollen Patienten auch selbst mitentscheiden oder wenigstens ein Mitspracherecht haben (Kapitel 4.1.). Die Frage, die sich hierzu stellt, ist, inwieweit Patienten mündig und interessiert genug sind, um bei den Entscheidungen wirklich selbstständig und eigenverantwortlich mitwirken zu können.

Bisher gibt es einige Studien dazu, was Patienten interessiert und was sie wissen möchten (Kapitel 4.2.). Diese Studien entstanden zum Teil aber anscheinend in einem stark artifiziellen Setting. Dabei wurden den Befragten Informationen zur Verfügung gestellt, die sie dann nutzen und, z.B. hinsichtlich ihrer Wichtigkeit, bewerten konnten. Außerdem wurden sie zu einem Zeitpunkt während oder nach der Behandlung durchgeführt. Untersuchungen darüber, was real im Vorfeld abgelaufen ist, scheinen eher rar zu sein<sup>49</sup>. Somit wurde bislang zwar untersucht, welche Informationen von Patienten als wichtig eingeschätzt werden, aber nicht, welche Informationen sie tatsächlich einholen und was ihre Informationsquellen sind. Auch in dieser Studie wird dies zugegebenermaßen nur retrospektiv getan.

Dass Patienten sich eigenständig Informationen einholen, setzt zudem zweierlei voraus: Erstens, dass sie wissen, welche Informationen sie benötigen, und zweitens, dass sie wissen wo sie diese Informationen bekommen können (und sie auch erhalten). Darüber hinaus müssen sie dazu in der Lage sein, die verfügbaren Informationen zu verstehen um die verschiedenen Krankenhäuser miteinander vergleichen zu können. Neben diesem Knowhow der Patienten spielen zusätzlich noch die Verfügbarkeit sowie Vergleichbarkeit der verfügbaren Informationen eine Rolle. Bislang sind jedenfalls keine standardisierten Informationen verfügbar (de Cruppé, Geraedts 2017), sodass Patienten oft nicht nur unter

---

<sup>49</sup> Dies ist letztlich auch kaum verwunderlich, da sonst sehr breite Studien angestellt werden müssten, um ausreichend Probanden zusammen zu bekommen, die dann zufällig während des Erhebungszeitraumes eine Erkrankung oder Verletzung erleiden, wegen derer sie ins Krankenhaus müssen. Bei einer Anzahl von gut 19,5 Millionen Krankenhausbehandlungen 2016 (Destatis 2017) bei einer Bevölkerung von etwa 80 Millionen (Destatis 2015b), wäre in dem Jahr etwa jeder vierte Deutsche einmal im Krankenhaus behandelt worden. Somit müsste die Erhebung also, wenn sie über ein komplettes Jahr läuft, mindestens die vierfache Anzahl an Befragten enthalten. Und dies auch nur unter der Prämisse, dass die Behandlungen im Krankenhaus alle elektiv und stationär gewesen sind und auch keine mehrfachen Aufenthalte vorgekommen sind. Somit läge der realistische Faktor um ein Vielfaches höher. Zudem wäre nicht auszuschließen, dass die Teilnehmer allein dadurch, dass sie an der Untersuchung teilnehmen, dahingehend beeinflusst würden, sich stärker über die Thematik zu informieren.

Unsicherheit, sondern sogar unter Unwissenheit entscheiden müssen (Pfister, Jungermann & Fischer 2017). Die damit einhergehende Verunsicherung kann unter Umständen sogar verhindern, dass überhaupt eine Entscheidung getroffen wird oder dazu führen, dass eine Entscheidung in ihren Konsequenzen nicht optimal ist (Markus & Schwartz 2010). Selbst wenn Informationen verfügbar sind, ist die Frage, ob sie für den Entscheidenden adäquat präsentiert bzw. dargestellt werden (Tversky & Kahneman 1981, van Schie & van Der Pligt 1990, Kühberger 1995, Gigerenzer et al 2007, Kühberger & Tanner 2010, Kühberger & Gradi 2013, Fiedler & Wänke 2013). Zudem neigen viele Menschen zu einem unrealistischen Optimismus (Renner & Schupp 2005, Kurzenhäuser & Epp 2009).

Ein weiterer Faktor, der in den bisherigen Studien eine Rolle spielen könnte ist, dass bei Probanden, die nicht (akut) krank sind und mit (vorgelegten) Informationen beschäftigen sollen, auch die emotionalen und sozialen Komponenten wegfallen, die eine Entscheidung beeinflussen. Neben (Todes-)Angst und der Gefühl der Überforderung wäre hierbei auch an Disappointment (Loomes & Sugden 1986) und Regret (Loomes & Sugden 1982) bzw. Theory of Regret Regulation (Zeelenberg & Pieters 2007, Pieters & Zeelenberg 2007) zu denken, die Ergänzungen zur Subjective Expected Utility (SEU) darstellen (Pfister et al 2017).

Kein Wunder, dass viele Patienten dazu neigen, die Verantwortung in einer solchen schwierigen Situation gerne abgeben zu wollen (Stiggelbout, de Vries & Scherer 2015):

„Medical decision making is in major ways different from decision making in other fields, the most obvious, of course, being that it may relate to life and death. Decisions in which the risk of dying is directly involved, such as decisions about surgery, but also those in which it is more indirect, for example, decisions about screening for cancer, are for most people the highest stake decisions extant. Most decisions are irreversible, and unexpected outcomes can be many, of widely varying nature, often unpredictable, and sometimes not only impacting the life course of the person for whom the decision is to be made but also that of his or her close relatives. Further, most decisions are new to the patient, and potential outcomes are unfamiliar. All these aspects make many medical decisions strongly value-laden, they provoke emotions in decisions making and may even lead to coping behaviors that defer decision making to clinicians“ (Stiggelbout, de Vries & Scherer, 2015, S. 775).

## Sehr geringer Aufwand

Der festgestellte geringe Aufwand bei der Recherche (Kapitel 6.4., 6.5.) könnte ein Indiz für die Abgabe der Verantwortung sein; aber auch ein Indiz für die Verwendung heuristischer Entscheidungsmodelle. Schließlich ist es gerade eine der großen Stärke dieser Entscheidungsmodelle – allen voran der ‚Fast and Frugal Heuristics‘ (Gigerenzer & Goldstein 1999, Gigerenzer, Czerlinski & Martignon 2002, Gigerenzer 2004, Pfister et al 2017) – dass auf Basis weniger Informationen bereits sehr gute Entscheidungen getroffen werden können. Inwieweit dies auch vor dem Hintergrund bestand hat, dass Informationen oft nur schwer verfügbar und/oder schwer verständlich und nicht standardisiert vorliegen, müsste eigens untersucht werden. Im gleichen Zug könnte auch eine genauere Analyse der ‚Qualität‘ der von den Patienten getroffenen Entscheidungen vorgenommen werden.

Naheliegend wäre auch der Gedanke, dass es sich vergleichbar zur Organspende, um eine Default-Entscheidung handelt (McKenzie, Liersch & Finkelstein 2006, Davidai, Gilovich & Ross 2012). Unter der Prämisse, dass der ‚übliche‘ Weg ins Krankenhaus über den Haus- oder Facharzt läuft würde dies einen höheren Aufwand zur Informationssuche obsolet machen (Brown & Krishna 2004, Gigerenzer 2008). Dies gilt umso mehr, wenn der Erkrankte die Default-Lösung bzw. den Ursprung der dargebotenen Default-Lösung für gut befindet (Campbell 2007, de Haan & Linde 2018).

## Nachdenken vs. informieren?

Dass sich die meisten Patienten nicht aktiv mit der Krankenhaussuche beschäftigen, sondern einfach eingewiesen werden, scheint sich zu bestätigen, wenn man sich anschaut, dass fast 70 gültige Prozent der Befragten nach eigener Aussage nur einen geringen oder gar keinen Aufwand betrieben haben (Kapitel 6.5.). Andererseits haben gut 65 gültige Prozent angegeben, „äußerst genau“ oder „sehr genau“ darüber nachgedacht zu haben, wo sie sich behandeln lassen (Tabelle 7.1.a).

„Wie genau haben Sie nachgedacht und überlegt, wo Sie sich behandeln lassen?“	Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Äußerst genau	103	17,1	18,8	18,8
Sehr genau	253	42,1	46,3	65,1
Weniger genau	73	12,1	13,3	78,4
Kaum	118	19,6	21,6	100,0
Gesamt	547	91,0	100,0	

Tabelle 7.1.a: Nachdenken über Behandlung

Dies erscheint wie ein Widerspruch. Eine mögliche Auflösung dieses Widerspruchs könnte darin bestehen, dass gründliches Nachdenken und Überlegen nicht auch zwangsläufig eine extensive Informationssuche voraussetzt. So könnte beispielsweise auf der Basis weniger, aber dafür reichhaltiger bzw. überzeugender Informationen und Informationsquellen eine Entscheidung getroffen worden sein. Also dass beispielsweise die Expertise des behandelnden Arztes oder der Erfahrungsbericht eines Bekannten als ausreichend solide Informationsgrundlage erachtet wurde, um eine fundierte Entscheidung zu treffen. Vielleicht auch gerade dann, wenn die ersten zwei oder drei Quellen sich gegenseitig bestärkten? Dies würde sich auch mit den Annahmen der ‚Fast and Frugal Heuristics‘ (siehe oben) decken.

Eine andere denkbare Begründung wäre jedoch, dass die Möglichkeiten sich zu informieren derart unzureichend sind – sei es in ihrem Informationsgehalt oder auch in ihrer Bekanntheit – dass viele Erkrankte gar nicht erst versuchen sich eigenständig zu informieren.

### **Ärzte als ‚Wegweiser‘**

In den meisten Studien scheint immer wieder die große Bedeutung der Ärzte nicht nur in ihrer Funktion als Einweiser, sondern geradezu als Wegweiser durch. Tatsächlich wird die Entscheidung über das Krankenhaus zur Weiterbehandlung bzw. Operation in vielen Fällen mehr oder weniger von Arzt getroffen (Kapitel 4.3.). Der Einfluss der Haus- und Fachärzte kann also gar nicht überschätzt werden! Dies bestätigte sich auch im Rahmen dieser Untersuchung und zwar sowohl im qualitativen als auch quantitativen Teil (Kapitel 5.4., 6.8.1., 6.8.2.). Es zeigte sich, dass den Fachärzten der höchste Einfluss auf die Entscheidung zugeschrieben wurde, dicht gefolgt von den Hausärzten. Erst danach kamen die eigene Meinung, Wissen und Erfahrung des Befragten.

Damit stellt sich auch die Frage ob bzw. inwieweit Patienten damit, dass sie die Entscheidung dem Arzt überließe, auch ihre Selbstbestimmung aufgeben haben. Bei einem nicht unerheblichen Teil dürfte dies der Fall sein, wie Rückschlüsse aus der qualitativen Erhebung nahelegen (Kapitel 5.4.1.). Auch die im quantitativen Teil gesammelten Informationen zum Aufwand (Kapitel 6.4., 6.5.) können zu dem Schluss führen, dass viele Patienten sich im Gesundheitssystem eher passiv verhalten. Jedenfalls betrieben die meisten Befragten einen eher geringen oder sogar gar keinen Aufwand, um sich über Krankenhäuser für ihre Behandlung zu informieren.

Fest steht, dass die meisten Patienten sich offensichtlich an ihnen bekannte medizinische Experten, nämlich ihre Haus- oder Fachärzte gewandt haben, um sich von ihnen informieren

zu lassen. Darüber, ob dies ein Zeichen des reinen Vertrauens an ihre Ärzte ist, ein Zeichen für das Weiterwirken des paternalistischen Arzt-Patient-Verhältnisses oder schlicht auf einem Mangel an alternativen Informationsquellen beruht, ließe sich trefflich – ohne weitere Daten aber auch recht fruchtlos – streiten. Wahrscheinlich ist es eine Mischung aus diesen drei Aspekten. Ein vierter Aspekt könnte sein, dass die Ärzte schon bei der Erstdiagnose die erste Anlaufstelle gewesen sind und daher gewissermaßen geprimet sind (Thomson, Milliken & Smilek 2010, Myers 2014, Gerrig 2016).

Es stellt sich die Frage, auf welcher Basis sich Patienten am „Shared Decision Making“ hinsichtlich ihrer Behandlung beteiligen sollen, wenn ihre informationelle Basis überwiegend durch den Arzt geliefert wird und sie somit höchstens persönliche Präferenzen dazu beisteuern können? Selbst wenn er nicht versucht die Patienten in seinem eigenen Sinne zu beeinflussen, sondern neutral zu informieren? Dies gilt umso mehr, als in früheren Studien gezeigt wurde, dass Patienten die Mitbestimmung wichtig ist und sie angeblich auch am liebsten auch auf Basis objektiver Informationen entscheiden möchten (Kapitel 4.2.). Wenn politisch und gesellschaftlich gewollt ist, dass Patienten mitentscheiden und dieses auch selbst in hohem Maße wollen (Kapitel 4.1.), müsste ihnen dann nicht auch die Möglichkeit gegeben werden, dies informiert und faktenbasiert tun zu können? Dennoch zeigt sich, dass die Haus- und Fachärzte immer noch den größten Einfluss darauf haben, welches Krankenhaus letztlich von dem Patienten zur (weiteren) Behandlung ‚gewählt‘ wird (Kapitel 6.8.).

### **Erfahrung als ‚Entscheidungshilfe‘**

Ein Einfluss der Erfahrung auf den betriebenen Rechercheaufwand ließ sich im quantitativen Teil nicht feststellen. Die Vermutung, dass erfahrene Patienten schon wissen, wohin sie am besten gehen können und daher nicht mehr viel recherchieren müssen, ließ sich nicht bestätigen (Kapitel 6.7.). Im qualitativen Teil sah dies noch anders aus (Kapitel 5.4.3.). Hier hatten sich viele Interviewte auf Basis eigener Erfahrungen oder der Erfahrungen von Verwandten oder Freunden für das Krankenhaus entschieden<sup>50</sup>. Doch auch hier stand bei den meisten Interviewten vor der ersten Erfahrung offensichtlich ein Arzt als ‚Wegweiser‘.

In Replikationsstudien wäre es sicher hilfreich zwischen chronisch bzw. längerfristig oder dauerhaft Erkrankten und Personen mit kurzzeitigen, akuten Erkrankungen zu differenzieren. Dies könnte helfen zwischen allgemeinen und zur aktuellen Erkrankung/Verletzung ‚passenden‘ Erfahrungen zu differenzieren. Im Rahmen der Fragebogen-Erhebung wurde

---

<sup>50</sup> Die Erfahrungen der Verwandten, Freunde und Bekannten wurden im quantitativen Teil jedoch nicht in einer direkt vergleichbaren Form erhoben. Hier wurde nur allgemein die ‚Nutzung‘ von Verwandten, Freunden und Bekannten als Informationsquelle betrachtet. In weiteren Studien sollte dies gegebenenfalls differenzierter erfolgen.



dies über die Abfrage der Erkrankung/Verletzung versucht. Aufgrund der teils vielen fehlenden und oft sehr allgemeinen Antworten, ist dies jedoch leider nur unzureichend gelungen, sodass keine tiefere Analyse möglich ist. Möglicherweise erweist sich die Chronizität bzw. Dauerhaftigkeit der (aktuell behandelten!) Erkrankung als wichtige Störvariable. Somit könnte eine differenziertere Operationalisierung und Messung womöglich doch noch Zusammenhänge aufdecken. Schließlich deutet einiges darauf hin, dass Patienten einem einmal gewählten Krankenhaus treu bleiben, sofern keine gravierenden Gründe für einen Wechsel vorliegen (Kapitel 5.4.3., 6.9.).

### **Einfluss durch die Schwere der Erkrankung/Verletzung**

Ein für den Autor überraschendes Ergebnis war, wie wenig sich die Schwere der Erkrankung bzw. Verletzung auf den betriebenen Rechercheaufwand niederschlägt. Sie hatte zwar einen gewissen Einfluss auf den objektiviert betriebenen Rechercheaufwand, nicht aber auf den subjektiven Aufwand (Kapitel 6.4.3., 6.5.2., 6.6.1., 6.6.2.). Doch auch dabei fällt die Korrelation zwischen der empfundenen Schwere der Erkrankung/Verletzung und dem objektivierten Aufwand nur schwach aus. Daraus lässt sich schließen, dass schwerer erkrankte Patienten faktisch einen etwas höheren Aufwand betreiben, sich dessen aber womöglich nicht bewusst sind.

### **Bedeutung der räumlichen Nähe**

Die in einigen Studien festgestellte, große Bedeutung der räumlichen Nähe zum Krankenhaus (Kapitel 4.2.) ließ sich in dieser Untersuchung im quantitativen Teil nicht direkt bestätigen und schien im qualitativen Teil nur bei einem Patienten durch (Kapitel 5.4.2.). Allerdings lässt sich an den Daten der quantitativen Erhebung sehen, dass die befragten Patienten sich überwiegend im näheren Umfeld über Krankenhäuser informiert haben. So haben sich gut zwei Drittel der Befragten über Krankenhäuser in einem Umkreis von höchstens 40 Kilometer um ihren Wohnort herum informiert (Tabelle 7.1.b).

„In welchem Umkreis um Ihren Wohnort haben Sie sich über Krankenhäuser für Ihre jetzige Behandlung informiert?“		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozent
Gültig	Unter 20 Kilometer	188	31,3	41,2	41,2
	Bis 40 Kilometer	118	19,6	25,9	67,1
	Bis 80 Kilometer	71	11,8	15,6	82,7
	Über 80 Kilometer	79	13,1	17,3	100,0
	Gesamt	456	75,9	100,0	

*Tabelle 7.1.b: Recherche über Krankenhäuser im Umkreis um Wohnort*

Insofern mag die räumliche Nähe für die Befragten zwar kein bewusstes Auswahlkriterium sein, scheint aber möglicherweise unbewusst eine Rolle zu spielen. Gute Gründe dafür wären denkbar einfach, nämlich sowohl die einfache Erreichbarkeit sowohl für sich selbst als auch für Besuch, aber auch die Vertrautheit bzw. Bekanntheit mit dem Krankenhaus im Sinne der Verfügbarkeitsheuristik (Kahneman & Tversky 1973).

### **Prädiktoren des Aufwands**

Im Regressionsmodell zeigen sich beim subjektiven Aufwand nur die ordinale Schulbildung und die dichotome Krankenversicherung als Prädiktoren (Kapitel 6.5.2.). Beim objektiven Aufwand kam noch die empfundene Schwere der Erkrankung/Verletzung hinzu (Kapitel 6.4.3.). Wenn man davon ausgeht, dass vor allem wirtschaftlich erfolgreiche Menschen privat (zusatz-)versichert sind – da vor allem diese sich das gut leisten können bzw. über die Beitragsbemessungsgrenze kommen – könnte Schulbildung auch als Prädiktor für beruflichen Erfolg betrachtet werden. Auf jeden Fall aber als Indiz dafür, dass die kognitiven Voraussetzungen dafür da sind, in größerem Umfang eigene Recherche zu betreiben und die gewonnenen Informationen kognitiv erfassen zu können. Dies ist jedoch zunächst einmal nur eine Spekulation und bedarf der weiteren Untersuchung, zumal sich im Zusammenhang mit der beruflichen bzw. akademischen Ausbildung kein Zusammenhang mehr findet.

Denkbar wäre auch, dass es sich um ein Artefakt handelt, da die (ordinalisierte) Schulbildung eine schwer handhabbare Variable darstellt. Über die Gleichstellung des Volksschulabschlusses mit dem Hauptschulabschluss wird der Entwicklung des Bildungssystems bzw. der -abschlüsse über die letzten Dekaden nur unzureichend Rechnung getragen (Schneider 2015).

### **Weitere Informationssuche und Wechselbereitschaft**

Vergleichsweise wenige Patienten haben nach dem Beginn der Behandlung nach weiteren Informationen über Krankenhäuser gesucht (Tabelle 7.1.c). Dies kann zum einen dem Umstand geschuldet sein, dass sie sich bereits entschieden hatten und somit keine weitere Recherche notwendig war. Schließlich war das originäre Ziel einer solchen Recherche bereits erreicht und damit der Prozess abgeschlossen.

„Wie stark informieren Sie sich auch nach dem Behandlungsbeginn in diesem Haus noch über andere Krankenhäuser?“		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozent
Gültig	Äußerst stark	5	,8	,9	,9
	Sehr stark	29	4,8	5,4	6,3
	Stark	49	8,2	9,1	15,3
	Weniger stark	138	23,0	25,5	40,9
	Gar nicht	320	53,2	59,1	100,0
	Gesamt	541	90,0	100,0	

*Tabelle 7.1.c: weitere Recherche über Krankenhäuser nach Behandlungsbeginn im aktuellen Haus*

Eine andere Interpretation wäre, dass sie teils auch bewusst keine weiteren Informationen gesucht haben, weil sie damit (indirekt) ihre Entscheidung hinterfragt hätten. Sie haben damit also – wenn vielleicht auch nur unbewusst – vermieden Feedback zu ihrer Entscheidung zu erlangen. Neben der Abwälzung der Verantwortung auf Andere, kann auch dies dem Zweck dienen eine denkbare ‚Schuld‘ für eine schlechte Entscheidung nicht an sich heran zu lassen. Immerhin erfahren sie nicht, ob sie eine schlechte Entscheidung getroffen haben. Selbst wenn ‚schlechte Entscheidung‘ auch nur so wenig bedeuten kann, wie dass ein anderes Krankenhaus moderner eingerichtete Patientenzimmer oder freundlichere Pflegekräfte gehabt hätte. Dies könnte eine Strategie darstellen, die darauf abzielt Disappointment bzw. Regret zu vermeiden (siehe oben).

### **Beschützte Recherche?**

Die Entscheidung für ein Krankenhaus zur (Weiter-)Behandlung ist eine Entscheidung, die unter Unsicherheit getroffen werden muss (Pfister et al 2017). Die Unsicherheit berührt dabei nicht nur die zu erwartende Behandlungsqualität und den zu erwartenden Behandlungserfolg. Gerade bei medizinischen Laien erstreckt sich die Unsicherheit vermutlich auch auf die Fragen, welche Informationen für eine solche Entscheidung denn überhaupt wichtig sind und vor allem woher diese Informationen genommen werden sollen.

Somit ist auf Seiten der Patienten von einer großen Unsicherheit auszugehen, die durch die belastende Situation – einschließlich Schmerz, gesundheitlichen Einschränkungen oder sogar Lebensgefahr – noch verstärkt und emotional aufgeladen wird. Hier kann die Beschaffung von Informationen zu einer Reduktion von Unsicherheit führen. Wenn die gewünschten Informationen aber gefunden oder nicht verstanden werden, kann das die Unsicherheit sogar vergrößern. Erschwerend kommt hinzu: Umso mehr über Risiken, mögliche Krankheitsverläufe und Mortalitätsraten in Erfahrung gebracht wird, desto angsteinflößender kann solche eine eigene Recherche werden. Dies könnte – gerade bei

Berücksichtigung von Unsicherheit, Disappointment und Regret (siehe oben) – zu einem ‚Abschieben‘ der Verantwortung auf die Ärzte führen (Stiggelbout, de Vries & Scherer 2015).

Dafür, dass sich die Befragten überwiegend bei ihren Ärzten informiert haben lassen sich mehrere Ursachen annehmen:

Zum einen, dass die derzeit vorhandenen Informationsmöglichkeiten für Patienten in Gehalt, Verständlichkeit, Verfügbarkeit und/oder Bekanntheit unzureichend sind<sup>51</sup>.

Zum anderen, dass sich Patienten einen direkten, (medizinisch) kompetenten Ansprechpartner wünschen, dem sie vertrauen und der sie in ihrer Lage unterstützt. Falls das zweite der Fall ist, sollte aber wenigstens diesen Ansprechpartnern ein ausreichendes, geeignetes Informationsangebot zur Verfügung stehen und sichergestellt werden, dass sie keine eigenen Interessen oder Interessen Dritter verfolgen. Dennoch würde damit weiterhin der Grundgedanke des „Shared Decision Making“ und der Patientenautonomie unterlaufen, sofern in diesen von (informationell) gleichberechtigten Partnern ausgegangen werden soll, die auf Augenhöhe und in beiderseitigem Einvernehmen zu einer gemeinsamen Entscheidung kommen. Und so zeigt sich in der Praxis, dass Patienten auch weiterhin überwiegend eingewiesen werden bzw. sich überwiegend auf Empfehlung ihrer Ärzte in ein Krankenhaus begeben (Kapitel 6.8.2.).

Eine dritte Ursache könnte dem einfachen Umstand geschuldet sein, dass der Haus- oder Facharzt ganz simpel die erste Anlaufstelle ist, an die sich ein Patient wendet, sobald er Symptome verspürt und somit die primäre oder wenigstens ‚geprimete‘ Anlaufstelle darstellt.

Es wäre zu überlegen, dass für Patienten nicht nur Informationsmöglichkeiten geschaffen werden müssten, sondern diese auch einen geschützten Rahmen bieten sollten, in dem der recherchierende Patient nicht alleine gelassen, sondern angeleitet und ‚beschützt‘ wird.

Derzeit scheint diese Funktion noch überwiegend von Haus- und Fachärzten wahrgenommen zu werden. Mit einem solchen Informationsangebot könnten Patienten dann vielleicht auch stärker von einzelnen Ärzten emanzipieren und stärker selbst die Verantwortung für sich und ihre weitere Behandlung übernehmen. Ob diese dies in ihrer Gesamtheit oder zumindest in Teilen auch wünschen, müsste zunächst noch evaluiert werden.

Die abschließende Frage im Fragebogen war eine offene Frage dazu, wie und wo sich Patienten am liebsten nochmals informieren möchten, wenn sie sich wieder über Behandlungsmöglichkeiten und Krankenhäuser informieren müssten. Von den 394 Befragten, die auf diese Frage eine Antwort gaben, nannten knapp zwei Drittel (258

---

<sup>51</sup> Würden geeignete Informationsangebote zur Verfügung stehen, die auch für medizinische Laien zugänglich und verständlich sind, würde sich vermutlich auch der in der Literatur offenkundige Widerspruch zwischen dem Wunsch der Patienten nach Information und dem geringen Rechercheaufwand der Patienten auflösen (Kapitel 4.3.).

Nennungen) Ärzte als bevorzugte Informationsquelle für den Fall, dass sie sich wieder über Krankenhäuser oder Behandlungsweisen informieren müssten.

### **Beachtung der Rahmenbedingungen**

Bei einer Diskussion und einem Vergleich von Patienten und deren Verhalten muss beachtet werden, dass nicht allen die gleichen Rahmenbedingungen und Strukturen zur Verfügung stehen. So stammt eine Vielzahl der aktuellen Studien aus unterschiedlichen Ländern mit teils sehr unterschiedlichen Gesundheitssystemen und Rahmenbedingungen. Die Kosten einer Behandlung mögen vielleicht für einen US-Amerikaner relevant sein und daher bewusst recherchiert und in die Entscheidung mit aufgenommen werden. Immerhin kommen im US-amerikanischen Gesundheitssystem – gerade für einkommensschwache und/oder nicht krankenversicherte Erkrankte – schnell finanziell existenzbedrohliche Summen zusammen. Für einen deutschen Krankenversicherten sind die Behandlungskosten jedoch kaum von Interesse, da sie von der Krankenkasse getragen werden<sup>52</sup>. Eventuell könnten jedoch Zuzahlungen für ‚Privatleistungen‘ oder Pauschalen eine Rolle spielen, jedoch erreichen diese in der Regel keine überbordenden Summen.

---

<sup>52</sup> Natürlich bedeuten höhere Kosten im Gesundheitswesen auch höhere Beiträge für alle Versicherten. Es ist jedoch fraglich, ob sich alle Versicherten dieses Zusammenhangs auch immer bewusst sind. Zudem werden die individuell höheren Kosten auf eine große Anzahl Versicherter verteilt, sodass der individuelle Anteil einen verschwindend geringen Einfluss hat. In der Summe machen sich höhere individuelle Kosten natürlich sehr wohl für alle bemerkbar. (Ein interessantes Experiment zum Thema Rechnungen teilen oder zu individuell zahlen wurde von Gneezy, Haruvy & Yafe (2004) durchgeführt.)

## 7.2. Probleme und Schwächen der Untersuchung

### Auswahl und Teilnahme von Krankenhäusern

Eine große Schwierigkeit, der diese Untersuchung unterlag war, Krankenhäuser zu finden, die an der Studie teilzunehmen bereit waren. Dies war insofern überraschend, da ursprünglich bei der Planung der Untersuchung vom Autor angenommen wurde, dass es für Krankenhäuser interessant und zudem wirtschaftlich relevant sein sollte, wie ihre Patienten zu ihnen finden<sup>53</sup>. Daher bestand die Annahme, dass das Thema auf großen Zuspruch stoßen sollte, zumal den Krankenhäusern keine Kosten entstanden.

Doch offenbar waren der allseits bekannte Personalmangel (Blum, Löffert, Offermanns & Steffen 2013, Blum, Löffert, Offermanns & Steffen 2015, Osmialowski 2015) und die Furcht des Managements vor möglichem Mehraufwand für das Personal größer: Es gab zwei weitere Krankenhäuser, zu denen der Autor Kontakt hatte und bei denen der quantitative Teil der Befragung hätte durchgeführt werden sollen. Jedoch wurde bei dem einen Krankenhaus – das schon mehr oder weniger fest zugesagt hatte – letztlich kurzfristig noch abgesagt, da das Personal Mehrarbeit fürchtete. Bei dem anderen Krankenhaus hatte die Krankenhausleitung zunächst reges Interesse bekundet, an der Studie teilzunehmen, war in den folgenden Monaten jedoch weder per E-Mail noch telefonisch zu erreichen, sodass weitere Kontaktversuche schließlich aufgegeben wurden.

Daher und aufgrund der mehrfachen Befragungen an den Krankenhäusern, um auf ausreichend hohe Fallzahlen zu kommen, konnte auch nicht das typische Querschnittsdesign über einen kurzen Zeitraum eingehalten werden. Das birgt die Gefahr, dass Entwicklungen über die Erhebungszeit eine Verzerrung in den Daten bewirkt haben. Andererseits sind weder der Gesundheitsmarkt und die zugehörigen Abläufe für ihre schnell wechselnden Rahmen- und Strukturbedingungen bekannt, noch die Patienten und Akteure des Gesundheitswesens für ihre Volatilität und schnelle Adaption.

Die Auswahl der Krankenhäuser erfolgte zudem nicht randomisiert. Vielmehr wurde insofern ein ‚Convenience Sample‘ gezogen, als nur Krankenhäuser angesprochen wurden, von denen angenommen wurde, dass sie zur Teilnahme bereit sind. Dabei wurden dennoch bewusst möglichst unterschiedliche Krankenhäuser für die Untersuchung ausgewählt, um ein möglichst breites Spektrum abzudecken und eine Varianzmaximierung (Patton 2015) zu erreichen.

---

<sup>53</sup> Diese Ansicht wurde a priori wohl auch von der Forschungsgruppe Metrik geteilt, bei der der Autor zu Beginn dieser Studie gelegentlich als freier Mitarbeiter tätig war. Neben der Herstellung des Kontakts zu verschiedenen Krankenhäusern unterstützte die Forschungsgruppe Metrik diese Untersuchung durch den Druck und Versand der Fragebögen. Das Einscannen der ausgefüllten Fragebögen ebenfalls durch die Forschungsgruppe Metrik, jedoch auf Kosten des Autors. Auch alle weiteren entstehenden Kosten, wie z.B. Fahrtkosten, wurden ebenfalls durch den Autor getragen.

Dies wirft natürlich die Frage nach der Repräsentativität der Ergebnisse auf. Die Auswahl der Befragten dieser Untersuchung kann nicht als randomisierte Auswahl betrachtet werden. Genauso wenig handelt es sich um eine Quotenstichprobe. Es wurde zu willkürlichen Zeitpunkten eine Vollerhebung in willkürlich gewählten Krankenhäusern durchgeführt. Somit geht die Auswahl der Befragten in Richtung einer Klumpenstichprobe, ohne jedoch eine ‚echte‘ Klumpenstichprobe mit randomisierten Clustern zu sein.

Aufgrund der Größe der Stichprobe, sowie der relativ heterogenen Auswahl an Krankenhäusern und der Befragung in Form von mehreren Clusterstichproben ist aber davon auszugehen, dass die Zusammensetzung der Stichprobe zumindest einigermaßen repräsentativ sein könnte. Dies kann aber nicht sicher angenommen werden und wird daher auch nicht in Anspruch genommen.

Die Ergebnisse und Funde dieser Untersuchung müssen natürlich durch weitere Studien kontrolliert, verfeinert und erweitert werden.

### **Konkurrenzsituation vor Ort**

Im Rahmen dieser Untersuchung wurde die Konkurrenzsituation der Krankenhäuser vor Ort nicht berücksichtigt. Es wurde also nicht geprüft, wie viele Krankenhäuser den Befragten im näheren Umkreis potentiell zur Verfügung standen. Falls einem Patient innerhalb des ‚üblichen‘ Such- oder Aktionsradius nur ein Krankenhaus zur Verfügung steht – oder bekannt ist – dürfte der Rechercheaufwand über die Vor- und Nachteile dieses Hauses deutlich geringer ausfallen, als wenn mehrere Krankenhäuser in Frage kommen. Natürlich vorausgesetzt, dass sich der Erkrankte/Verletzte nicht über seinen gewohnten Aktionsradius hinausbewegt, beispielsweise aufgrund der Schwere der Erkrankung/Verletzung.

Um eine mögliche Konkurrenzsituation durch mehrere Krankenhäuser zu prüfen wäre es notwendig die Anzahl der Krankenhäuser im und um den Wohnort eines Befragten zu ermitteln. Idealerweise sollte die Ermittlung nicht nur auf Basis der Postleitzahl erfolgen oder die Luftlinie zugrunde legen, sondern auch die Verfügbarkeit unterschiedlicher Verkehrsmittel und Transportmöglichkeiten berücksichtigen. Auch die Bekanntheit der Krankenhäuser müsste mit erfasst werden.

### **Verfügbarkeit der Zielgruppe**

Ein weiteres ‚Problem‘ bzw. eine mögliche Verzerrung, stellte die Fähigkeit der Patienten dar, überhaupt an einer Befragung teilzunehmen.

Im qualitativen Teil fand eine Vorauswahl für ein längeres Interview ‚geeigneter‘ Patienten durch die behandelnden Ärzte im Krankenhaus statt. Diese Vorauswahl beruhte hauptsächlich auf der Fähigkeit zur Teilnahme. Andere Beweggründe für die Empfehlung bzw. Vorstellung eines Patienten können aber nicht völlig ausgeschlossen werden.

Im quantitativen Teil zeigten einige Patienten bei der direkten Ansprache im Krankenhaus nur eine geringe Bereitschaft einen Fragebogen zu lesen oder gar auszufüllen und verwiesen dabei explizit auf ihr Alter, das im Schnitt auch deutlich über dem Bundesdurchschnitt lag (Kapitel 6.3.3.2.).

Ein nicht unerheblicher Teil der Patienten wurde nicht im Zimmer angetroffen bzw. hatte keine Zeit zur Teilnahme, da im Krankenhaus naturgemäß Untersuchungen und Anwendungen durchgeführt werden. Zudem war eine nicht unerhebliche Anzahl der Patienten in den Krankenhäusern schlicht gesundheitlich nicht in der Lage einen Fragebogen auszufüllen. Bei der heutzutage möglichst gering gehaltenen Verweildauer in Krankenhäusern (Ärzteblatt 2018), waren viele angesprochene Patienten noch (relativ) frisch operiert und/oder standen unter mehr oder weniger starkem Medikamenteneinfluss. Dies führte dazu, dass ein Teil der zum Erhebungszeitpunkt stationären Patienten für die Befragung nicht zur Verfügung stand. Bei einzelnen Patienten mit lediglich manuellen bzw. motorischen Einschränkungen war es möglich, ihnen den Fragebogen vorzulesen und sich die Antworten diktieren zu lassen. In einem größeren Umfang ließ sich das jedoch nicht bewerkstelligen und wurde auch nur von wenigen Patienten selbst vorgeschlagen bzw. gewollt.

## **Testung von Hypothesen**

Diese Untersuchung wurde zunächst über den qualitativen Teil als explorative Studie angelegt und durchgeführt. Das bedeutet, dass es hierbei nicht primär um Aufstellen und Testen von Hypothesen ging, auch wenn zuvor natürlich die entsprechende Literatur gesichtet worden war. Vielmehr ging es zunächst darum, das Feld möglichst unvoreingenommen aufzuschließen (Kapitel 2.1.1.). Die aus den Erkenntnissen der qualitativen Studie abgeleiteten Hypothesen wurden dann im zweiten Teil der Untersuchung empirisch geprüft. Dabei zeigte sich jedoch, dass die Operationalisierung für manche Hypothesenprüfung nicht optimal gelungen war. Diese Probleme waren beim Pretest (Kapitel 6.1.) jedoch noch nicht aufgefallen.

Gerade an den verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten, die sich an verschiedenen Stellen im quantitativen Teil auftun, zeigt sich der große Wert der Tiefe qualitativer Untersuchungen. Bei der Verwendung dieser Methoden kann – jedenfalls in Interviews – flexibler auf neu auftauchende Informationen und Aspekte eingegangen werden.



Andererseits besteht immer noch die Möglichkeit verschiedenen Interpretationsmöglichkeiten in weiteren Befragungen nachzuspüren und sie gegebenenfalls zu falsifizieren oder verifizieren (Kapitel 2.3., Keuth & Popper 2007).

### **Reduzierte Komplexität im quantitativen Teil**

Es zeigt sich, dass die oft enorme Komplexität eines individuellen Falls – wie in den Interviews festgestellt – bei der Fragebogenerhebung in der Masse untergeht. Dies ist nicht zuletzt den unterschiedlichen Stärken und Schwächen der Methoden, sondern auch den unterschiedlichen Forschungsparadigmen geschuldet (Kapitel 2.1., 2.2., 2.3.).

Fraglich ist, ob nicht nur einiges an Komplexität verloren gegangen ist, sondern ob die erhobenen Daten dem Feld und damit der Zielgruppe noch ausreichend gerecht werden. Im Gegensatz zum qualitativen Teil konnte im quantitativen Teil keine sonderlich große Rolle der Erfahrung mehr nachgewiesen werden (Kapitel 5.4.3., 6.7.). Zudem ließ sich kein signifikanter Einfluss der Erfahrung auf den subjektiven oder objektiven Rechercheaufwand zeigen (Kapitel 6.4.3., 6.5.2.). Hier ist einschränkend nochmal darauf hinzuweisen, dass die Erfahrung vermutlich differenzierter erfasst werden könnte und sollte, als dies im quantitativen Teil erfolgt ist. Dabei bedeutet eine höhere Differenzierung zum einen eine genauere Betrachtung der Anzahl der Erfahrungen und wie weit sie zurückliegen, als auch die Qualität der Erfahrungen; also ob gute oder schlechte Erfahrungen gemacht wurden und wie intensiv bzw. nachhaltig diese waren.

### **Detailliertere Betrachtung des sozialen Umfelds**

Ebenfalls sollte das soziale Umfeld in weiteren, quantitativen Studien differenzierter betrachtet werden. Denkbar wären beispielsweise offene Angaben zu den Quellen, die auch ihre Qualität und gegebenenfalls vorhandenes medizinisches Fachwissen würdigen. Aus den Interviews lässt sich herauslesen, dass bei einigen das soziale Umfeld eigene Erfahrungsberichte oder über Hörensagen Informationen zu den verschiedenen Krankenhäusern parat hatte (Kapitel 5.4.4.). Auch wenn das soziale Umfeld nicht immer maßgeblich für die Entscheidung war, so darf es nicht vernachlässigt werden. Ob sich dieser Einfluss in der breiten Masse findet oder ggfs. weitere Effekte und Einflüsse beachtet werden müssen, müsste evaluiert werden. Hinsichtlich der Stärke des Einflusses schienen Freunde und Bekannte zwar eine Rolle zu spielen, jedoch keine übermäßig große. Den stärksten Einfluss hatten zunächst die Fach- und Hausärzte, dann die eigene Meinung, Wissen und Erfahrung der Befragten, dann Familie und Partner – die natürlich auch zum sozialen Umfeld gehören! – und dann Freunde und Bekannte. Interessanterweise hatten Selbsthilfegruppen

einen überraschend niedrigen Einfluss und standen an letzter Stelle, noch nach den Internet-Ressourcen Homepages und Qualitäts-/Vergleichsseiten. Dabei sollte man annehmen, dass sich gerade hier einiges an Erfahrungs- und Recherchewissen ansammelt (Kapitel 6.8.2., Haslbeck 2016).

### **Fehlende Prüfung des medizinischen Hintergrundwissens**

In zukünftigen Studien müssten auch das medizinische Hintergrundwissen der Befragten und bereits vorhandene Informationen über Krankenhäuser Beachtung finden. Gerade dauerhaft chronisch kranke Menschen werden oft zu einem Experten für ihre eigene Krankheit (Haslbeck 2016). Die Berücksichtigung des medizinischen Hintergrundwissens war für den quantitativen Teil dieser Untersuchung zwar zunächst geplant, fiel jedoch einer Kürzung des Fragebogens anheim, um diesen für die Patienten kürzer und leichter zu halten. Eine bedauerliche Entscheidung, die zwar auf das Befinden der Patienten Rücksicht nehmen sollte, sich im Nachhinein aber als nicht ganz unproblematisch erweist.

Selbstverständlich verfügen nicht nur die Befragten, sondern möglicherweise auch ihr soziales Umfeld potentiell über umfassendes Wissen oder Erfahrungen im Bereich Medizin und Gesundheitswesen. Daher wäre es sinnvoll, diesen Punkt bei zukünftigen Studien zu berücksichtigen.

### **Unterschiedliche Qualität (und Anzahl) der Informationsquellen**

Als Indikator des objektiv betriebenen Aufwands wurden unter anderem die Anzahl der unterschiedlichen Informationsquellen herangezogen (Kapitel 6.4). Zwar korreliert diese Anzahl auch mit der subjektiven Einschätzung des betriebenen Aufwands, doch stellt sich auch die Frage nach der Qualität dieser Quellen. Diese Qualität wurde im Rahmen dieser Erhebung nicht untersucht, dabei könnte eine einzelne, gute Quelle unter den entsprechenden Umständen mindestens so wertvoll sein wie drei, fünf oder zehn andere, weniger gute Quellen. Zudem wurden beispielsweise Freunde/Bekannte als eine einzelne Quelle gezählt, auch wenn vielleicht oder sogar wahrscheinlich mehrere Personen im Freundes-/Bekanntenkreis als Informationsquelle ‚genutzt‘ wurden.

Dieser Sachverhalt sollte bei weiteren Untersuchungen entsprechend gewürdigt und detaillierter erhoben werden. Neben der Qualität der Quelle könnte auch die Tiefe der Recherche bei dieser Quelle einen Unterschied ausmachen. Es sollte als nicht nur die Extensivität sondern auch die Intensivität der Recherche gewürdigt werden. So erscheint es nicht abwegig, dass eine Recherche im Internet wesentlich tiefer und breiter gefächert ausfallen kann, als das zufällige oder beiläufige Befragen eines Bekannten zu seinen

Erfahrungen. Die Erfassung der In- und Extensivität der Recherche über die subjektive Einschätzung des subjektiven Aufwands zu erfassen könnte unzureichend sein, selbst wenn sich eine starke Korrelation zwischen dem subjektiven und objektivierten Aufwand gezeigt hat (Kapitel 6.4.1.).

### **Fehlende Kontroll-/Vergleichsgruppen**

Der grundsätzlich explorativen Natur dieser Untersuchung und der Neuentwicklung des Fragebogens ist es geschuldet, dass zur Prüfung einiger Hypothesen keine Kontrollgruppen verfügbar sind, anhand derer die Aussagekraft der Befunde eingeschätzt werden könnte (Kapitel 5.5.1., 6.4., 6.5.).

Es wäre sicherlich höchst interessant den Rechercheaufwand hinsichtlich der Krankenhauswahl mit dem Rechercheaufwand beispielsweise vor dem Einkauf technischer Geräte oder von Produkten des täglichen Lebens zu vergleichen. Dabei müsste auf jeden Fall auch die jeweilige Verfügbarkeit und Verständlichkeit von Informationen berücksichtigt werden. Schließlich gibt es für zahlreiche Produkte sowohl online als auch in Print-Form Test- und Vergleichsberichte, die einfache und – je nach Plattform – zumindest teilstandardisierte Informationen liefern. Im Online-Handel sind zudem oft Informationen, Rezensionen und Bewertungen durch andere Käufer verfügbar, anhand derer man sich orientieren und informieren kann. Dies gilt in dieser Form – oder jedenfalls diesem Umfang – nicht für den Gesundheitsmarkt (Kapitel 7.1.).

### **Problematische Erfassung der Bildung**

Überraschend groß war der Einfluss der (ordinalisierten) Schulbildung, der sich in den Regressionsanalysen zum objektivierten und subjektiven Einfluss zeigte (Kapitel 6.4.3., 6.5.2.). Im Gegensatz dazu zeigte sich kein Einfluss der Variable zum beruflichen bzw. akademischen Abschluss.

Als mögliche, wenn auch etwas weit hergeholt erscheinende, Erklärung hierfür könnte angenommen werden, dass die schulische Bildung grundlegender bzw. stärker differenzierend wirkt.

Eine alternative Erklärung wäre, dass es sich bei dem Befund lediglich um ein Artefakt handeln könnte, das auf dem Wandel des deutschen Schulwesens in den letzten Dekaden beruht. Ältere Patienten – die vermutlich noch stärker dem paternalistischen System anhängen bzw. es gewöhnt sind – haben regelhaft einen Volksschulabschluss, der in der Auswertung im Rahmen der Ordinalisierung dem Hauptschulabschluss gleichgesetzt wurde (Kapitel 6.4.3.). Damit würde diese Gruppe – die immerhin ein gutes Fünftel der Befragten

ausmacht – mit eher niedrig eingeordneten Schulabschluss und altersbedingt einem vermutlich eher konservativ-paternalistischen Arzt-Patienten-Verhältnis das Ergebnis verfälschen.

### **Charakter und Coping**

Angesichts der eher schwachen Erklärungen bzw. wenigen Prädiktoren für den subjektiven und objektiven Aufwand (Kapitel 6.4.3., 6.5.2.) scheint es wohl andere, vielleicht sogar grundlegendere Einflüsse darauf zu geben, wie und warum sich Patienten auf Informationssuche begeben. Interessante Einflussvariablen wären wohl grundlegende Charakterzüge – die z.B. über das Fünf-Faktoren-Modell (John, Naumann & Soto 2008) ermittelt werden könnten – und allgemeine Coping-Strategien der Patienten. Bereits bei den Interviews entstand beim Autor der Eindruck, dass die Interviewten teils sehr unterschiedlich an die ‚Aufgabe‘ – im Sinne der Recherche – herangingen und auch unterschiedlich gut mit ihrer Situation klar kamen. Jedoch war klar, dass die Erfassung von Konstrukten wie Persönlichkeit (Friedmann & Schustak 2004, Schmitt & Altstötter-Gleich 2010), grundlegenden Einstellungen und Coping-Fähigkeiten (Lazarus & Folkman 1997) den Rahmen dieser Untersuchung zu sprengen würden.

## 8. Ausblick und weitere Forschungsfragen

Neben den bereits in Kapitel 7. angerissenen Fragen, sollten auch die folgenden Aspekte bei weiteren Studien bedacht werden.

### **Kleinere Folgestudien**

Bei dieser Untersuchung hat sich gezeigt, wie überraschend schwierig es ist, Krankenhäuser zu finden, die an einer solchen Studie teilnehmen wollen und können. Daher sollten sich Folgestudien eventuell besser auf weniger oder einzelne Häuser beschränken und auch niedrigere Teilnehmerzahlen in Kauf nehmen. Dies könnte gegebenenfalls durch eine stärkere Verwendung qualitativer Erhebungsmethoden kompensiert werden. Gegebenenfalls würde das zudem einen tieferen Einblick in die Überlegungen und Antriebe der Patienten ermöglichen und einen detaillierteren Blick auf die verschiedenen Einflüsse geben, denen sie ausgesetzt sind. Zudem hatten sich bei dem – überwiegend nicht dargestellten – Vergleich der Krankenhäuser, die in dieser Studie teilnahmen, keine erkennbar systematischen Unterschiede zwischen den Patienten gezeigt.

### **Mögliche Vorteile einer Panel-Untersuchung**

Eine andere Idee wäre, dass weitere Untersuchungen als Panel-Studie mit mehreren Erhebungszeitpunkten pro Befragtem durchgeführt werden. Dies hätte den Vorteil, dass in größerem Umfang Daten gesammelt werden könnten (Kapitel 2.2.3.). Im Rahmen dieser Untersuchung konnten nur einzelne Querschnittserhebungen in den Clustern durchgeführt werden. Deswegen musste der Fragebogen auf eine für Patienten realistisch machbare Länge gekürzt werden. Es galt nämlich das im Allgemeinen höhere Alter und die angeschlagene Gesundheit der Patienten sowie andere Faktoren zu berücksichtigen, die die Konzentration betreffen und einschränken können.

Auch sollte die Bereitschaft der Krankenhäuser eine Inhouse-Studie zuzulassen, dadurch gesteigert werden, dass die Befragung möglichst klein gehalten und wenig aufwändig wird und dadurch sowohl die Patienten als auch der Ablauf auf den Stationen möglichst wenig gestört werden.

Es wäre auch interessant – und möglicherweise relevant – gewesen, Persönlichkeitstests und Coping-Strategien sowie individuelle (medizinische) Vorkenntnisse und -bildung mit in die Befragung aufzunehmen. Dies hätte den möglichen Rahmen dieser Untersuchung sowie die vermutete Belastbarkeit der Patienten und ihrer Bereitschaft zur Teilnahme jedoch bei weitem überschritten. Bei einer Anlage zukünftiger Studien als Panels, könnten diese

Aspekte jedoch besser berücksichtigt werden. Über die Ermittlung von Persönlichkeitsstrukturen und individuellen Coping-Strategien könnten vielleicht auch Rückschlüsse darauf gezogen werden, weswegen die befragten Patienten so wenig Aufwand mit der Recherche betrieben haben. Es sollte auch geprüft werden, inwieweit die Abschiebung von Verantwortung – z.B. auf die Ärzte – stattfindet, oder ob Patienten es vermeiden möchten, sich mit ihrer Erkrankung und deren möglicher Folgen auseinanderzusetzen. Auch das Nachwirken eines paternalistischen Arzt-Patienten-Rollenverhältnisses oder mangelndes Verständnis für die aktuell verfügbaren Informationen wären denkbar und sollten untersucht werden.

### **Informationsbasis der Ärzte**

Ebenfalls interessant wäre es zu untersuchen, worauf die Empfehlungen der Haus- und Fachärzte beruhen und wie man sie gegebenenfalls mit unabhängigen, fachlich zutreffenden und aktuellen Informationen versorgen kann. In diesem Zusammenhang könnte beispielsweise an den Aufbau einer aktuellen Datenbank mit relevanten, standardisierten Informationen zu Krankenhäusern und Behandlungsmethoden gedacht werden, sofern diese von den Ärzten gewünscht und genutzt würde. Dies könnte jedenfalls dazu beitragen, die Behandlungsqualität in Zukunft zu steigern. Ebenfalls denkbar wäre eine Stärkung unabhängiger Stellen, an die sich Patienten zur Beratung wenden können. Zwar gibt es solche Möglichkeiten bereits in Ansätzen, aber sie sind zum einen nicht völlig unabhängig, und zum anderen vermutlich noch zu unbekannt, um eine breite Nutzung zu erfahren<sup>54</sup>.

### **Hinterfragen des ‚Aufwands‘**

Soweit es im Rahmen dieser Untersuchung operationalisiert und gemessen wurde, betreiben Patienten nur einen geringen Aufwand, um sich über Krankenhäuser zu informieren. Dies kann mehreren Faktoren geschuldet sein. Zum einen wäre denkbar, dass sie sich nicht informieren bzw. nur geringen Aufwand betreiben, weil sie es lieber den ‚Profis‘ – also Haus- und Fachärzten – überlassen, zu entscheiden, wie und wo es mit der Behandlung am besten weiter geht<sup>55</sup>. Möglicherweise sind manche Patienten auch chronisch krank und haben dadurch selbst eine hinreichende Expertise erworben oder ein ‚Standard‘-Krankenhaus für sich gefunden, sodass sie keiner großen Recherche bedürfen.

---

<sup>54</sup> Ein Beispiel dafür wäre die Weiße Liste, die von der Bertelsmann-Stiftung angeboten wird und unter der Schirmherrschaft des „Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten“ Dr. Ralf Brauksiepe steht (Weiße Liste 2019).

<sup>55</sup> Denkbar wäre auch, dass bereits sämtliche Informationsbedürfnisse schon durch den Haus- oder Facharzt gestillt wurden. Dieser ist zudem die erste Anlaufstelle, sobald Symptome auftauchen, die einer Untersuchung bedürfen und somit als erster Ansprechpartner überhaupt verfügbar.

Es könnte aber auch sein, dass sie sich nicht selbst mit dem Thema auseinandersetzen wollen, um aversive Gefühle und Unsicherheit zu vermeiden oder auch die Verantwortung für das Outcome abwälzen zu können. Ebenso könnte es sein, dass der Aufwand deswegen gering ausfällt weil sie – ihrer Wahrnehmung nach – keine echte oder große Auswahl haben, da es beispielsweise nur ein Krankenhaus ‚in der Nähe‘ gibt, und/oder es relativ leicht und einfach ist, sich für ein Krankenhaus zu entscheiden. Letzteres erscheint auf Basis der Verfügbarkeit und Zugänglichkeit von Informationen über Krankenhäuser sowie Qualitätsberichten oder vergleichbarer Daten eher zweifelhaft. Ebenso spricht dagegen, dass diese Informationen am ehesten online zu finden sein dürften, ein Informationskanal, der nur von sehr wenigen Befragten genutzt wurde.

Auch ein Fortwirken des paternalistischen Systems bzw. Arzt-Patienten-Verhältnisses ist sehr leicht als Ursache für den geringen subjektiven wie objektivierte Aufwand denkbar. Dies lässt sich mit den bisher erhobenen Daten allerdings nicht beantworten und erfordert daher weitere Untersuchungen. Es wäre hilfreich zu wissen, welche dieser Gründe tatsächlich zutreffen; einerseits um aus psychologischer Sicht mehr über das Treffen von Entscheidungen zu erfahren, andererseits um aus medizinischer Sicht eine bessere, weil passgenauere, medizinische Versorgung der Patienten zu erreichen. Zudem würde es die Patientenautonomie stärken, wenn Patienten in die Lage versetzt würden, stärker eigenbestimmt den weiteren Verlauf einer Behandlung mit zu steuern. Wären Angst und Sorgen ein Grund für die wenig intensiv betriebene Recherche, wäre dies ebenfalls ein Ansatzpunkt, an dem man Patienten helfen kann. Nicht nur, um eine ‚bessere‘ Entscheidung zu treffen<sup>56</sup>, sondern auch, um ihre Lage und ihre gesundheitlichen Probleme sowie deren Folgen besser bewältigen zu können.

### **Bessere Operationalisierung des (objektiven) Aufwands**

Nicht nur angesichts des niedrigen Cronbachs Alphas für den in dieser Studie ermittelten objektivierte Aufwand sollte überlegt werden, ob eine bessere Operationalisierung des objektiv betriebenen Aufwands und damit ein besseres Messinstrument entwickelt werden könnte. Dies könnte beispielsweise auch bedeuten, dass neben der Anzahl der Informationsquellen, auch deren ‚Qualität‘ sowie die Tiefe der Recherche in die Berechnung eines Faktors einbezogen werden<sup>57</sup>. Des Weiteren sollte berücksichtigt oder explizit erfasst

---

<sup>56</sup> Denkbar wäre auch, dadurch bewusst die bisher vorherrschende Stellung als Wegweiser der Haus- und Fachärzte abzuschwächen, sofern Anlass zu der Vermutung besteht, dass diese auch aus Eigeninteresse (Ho & Pakes 2011) oder auf Basis unzureichender, z.B. veralteter Informationen, beraten und handeln.

<sup>57</sup> Eine potentielle Fehlerquelle bei der Ermittlung der Anzahl der Aspekte, über die sich ein befragter Patient informiert hat, könnte in dieser Untersuchung sein, dass nicht angegebene Aspekte als nicht genutzt gewertet wurden. Tatsächlich könnte es aber auch sein, dass einzelne Fragen aus dem Block oder der ganze Block von den Patienten nicht beantwortet wurden. Somit würden eigentlich fehlende Angaben als Negierung

werden, ob es sich bei der aktuell behandelten Erkrankung um eine chronische Erkrankung handelt. Zwar wurden die Patienten gebeten genauer zu spezifizieren, weswegen sie in Behandlung sind, jedoch erwiesen sich die Antworten oft als wenig aussagekräftig – sofern überhaupt Angaben dazu gemacht wurden.

### **Informationsquellen**

Ebenfalls interessant wäre zu hinterfragen, weshalb bestimmte Informationsquellen im Rahmen der Recherche genutzt oder andere Quellen nicht genutzt werden. Denkbar wäre dass die Zuschreibung von Expertise einen wichtigen Faktor zur Nutzung einer Informationsquelle darstellen dürfte. Hingehen dürfte das Absprechen von Vertrauenswürdigkeit oder eine nur umständliche, aufwändige Nutzbarkeit einer ‚Quelle‘ verhindern, dass sie zu Rate gezogen wird.

Zwar wurden die Befragten in dieser Studie auch um eine Bewertung Ihrer genutzten Informationsquellen gebeten, die überwiegend sehr positiv ausfiel<sup>58</sup>. Dies ist nicht unbedingt verwunderlich, da vermutlich vor allem solche Quellen aufgesucht und genutzt werden, die dem Individuum als besonders vielversprechend, kompetent und hilfreich erscheinen. Insofern wäre es sicher auch spannend zu hinterfragen, wieso andere Quellen – bewusst oder unbewusst, absichtlich oder unabsichtlich – nicht genutzt wurden.

### **Kontroll- bzw. Vergleichsgruppen**

Wie sich in dieser Studie zeigte fehlten für eine abschließende Verifikation mancher Hypothesen sowie eine adäquate Bewertung verschiedener Ergebnisse eine oder mehrere Kontrollgruppen. Hier würden sich eventuell Vergleichsstudien anbieten, bei denen Probanden unterschiedlichste Entscheidungen treffen sollen bzw. in unterschiedlichen Lebenslagen untersucht werden. Auf diese Weise könnte abgeglichen werden, ob Patienten sich intensiver mit Ihrer Lage auseinandersetzen würden, falls sie einen besseren Zugang zu einfacher verständlichen Informationen hätten. Über ein solches Studien- bzw. Experimentaldesign könnte ermittelt werden, wie groß der Einfluss emotionaler Faktoren ist –

---

missverstanden. Daher wäre in weiteren Studien genauer zu differenzieren, ob es sich um eine Nicht-Beantwortung einer Frage bzw. eines Items oder eine Nicht-Nutzung einer Informationsquelle handelt.

<sup>58</sup> Es wurde nur auf die Bewertung der Quellen geachtet, die von den Befragten tatsächlich genutzt wurden. Zwar wurden vereinzelt auch andere Quellen bewertet, da die ab im Widerspruch zu den Instruktionen der Fragen bzw. der Fragestellung stand, können diese Angaben nicht für Vergleiche herangezogen werden. Diese ‚fälschliche‘ Beantwortung lässt aber darauf schließen, dass die Instruktionen bzw. die Fragestellung optimiert werden sollte. Gegebenenfalls könnte das Problem durch die Verwendung eines Online-Fragebogens mit entsprechender Programmierung und Führung besser gelöst werden. Zur Beantwortung bzw. Bearbeitung des Online-Fragebogens vor Ort könnten Tablets eingesetzt werden, die entweder per WLAN oder eine Mobil-Verbindung an das Internet angebunden sind oder über eine Offline-Version des Fragebogens verfügen.



also beispielsweise der Angst vor einer gesundheitlichen Verschlechterung, zunehmenden oder unnötigen Schmerzen oder dem Tod. In der Folge wäre es vielleicht möglich adäquate Darstellungsformen und geeignete Quellen für Informationen zu finden.

### **Konkreter Vergleich mit anderen Lebensbereichen**

Interessant wäre auch, ob und wenn ja inwieweit sich die Informationssuche/Recherche und die darauf beruhenden Entscheidungen im Gesundheitsbereich von anderen Bereichen unterscheiden. Hierzu wäre auch ein Experimentaldesign vorstellbar, bei dem jedoch der unterschiedlichen Verfügbarkeit und Verständlichkeit der Informationen Rechnung getragen wird<sup>59</sup>. Möchte sich ein Kunde heute über verschiedene Produkte für denselben Verwendungszweck informieren, stehen ihm eine Vielzahl von Vertriebswegen und Informationsquellen zur Verfügung. Manche Produkte werden über Vergleichstests unabhängiger Institute getestet und bewertet. Beim Online-Shopping finden sich oft Rezensionen und Erfahrungsberichte anderer Kunden. Auf dem Gesundheitsmarkt ist es schwieriger an Informationen heran zu kommen. Daher sollte hier ein höherer Rechercheaufwand zu erwarten sein. Allerdings können auch die an anderer Stelle schon zur Genüge genannten Gründe gegen eine ex- oder intensive Recherche sprechen. Oder sie könnte von den Patienten als zu mühsam, überfordernd und/oder emotional belastbar empfunden und daher vermieden werden.

### **Präferierte Informationsquellen**

Im Rahmen dieser Untersuchung wurden die Patienten über eine offene Frage gebeten anzugeben wie sie sich in Zukunft gerne informieren möchten. Ein Großteil derer, die die Frage beantwortet haben, gab an, dies weiterhin über den Haus- oder Facharzt tun zu wollen. Möglicherweise steckt dahinter die Annahme, dass diese sich besser auskennen als die Patienten selbst, die im Allgemeinen medizinische Laien sein dürften. Allerdings könnte auch dahinter stehen, dass die Patienten bei der ‚Suche‘ nach Informationen und dem Fällen von Entscheidungen nicht alleine sind, sondern Unterstützung einer Vertrauensperson genießen. Um dies zu beantworten, müssten entsprechende weitere Studien durchgeführt werden.

---

<sup>59</sup> Hinsichtlich des Untersuchungsdesigns könnte beispielsweise das laute Denken Verwendung finden. Mit vorab festgelegten Methoden und Instrumenten bestehen jedenfalls Zweifel, ob sie der Komplexität des Untersuchungsgegenstands gerecht werden können. Dies gilt umso mehr, wenn auch medizinisches Vorwissen, individuelle Erfahrungen und Emotionen wie Angst und Vermeidung erfasst werden sollen. Insgesamt scheinen sich qualitative Methoden, die stärker in die Tiefe gehen, bei diesem Thema eher anzubieten.

### **„Lohnt“ sich ein höherer Aufwand?**

Interessant wäre sicher auch der ‚Return on Investment‘, in dem Sinne, dass geklärt werden sollte, ob sich ein größerer Recherche-Aufwand für die Patienten überhaupt insofern ‚lohnt‘, als auch ein besserer medizinischer Outcome resultiert bzw. die Zufriedenheit mit der Behandlung steigt<sup>60</sup>. Gerade um den ersten Faktor beurteilen zu können, müssten entsprechende Experten in die zukünftigen Studien mit einbezogen werden. Grundsätzlich stellt sich aber eben auch die Frage, ob eine intensivere Recherche und damit besser fundierte Entscheidung zum einen zu besseren Outcome und/oder einer höheren Zufriedenheit führt.

### **Räumliche Beschränkung?**

Im Rahmen der Untersuchung zeigte sich – ebenso wie in den meisten Studien –, dass die meisten Patienten keine weiten Wege gehen, wenn sie ins Krankenhaus müssen. Hier wäre spannend zu untersuchen, woran das liegt. Eine Möglichkeit wäre, dass sie deswegen in nahe gelegene Krankenhäuser gehen, weil sie mit wenig Aufwand erreichbar sind und auch einfacher Besuch kommen kann.

Eine andere Möglichkeit wäre auch, dass die Patienten ungern ihren gewohnten Aktionsradius verlassen, da sie sich darin sicherer fühlen. Gerade in einer so verletzlichen Lebensphase wie einer operationsbedürftigen Erkrankung oder Verletzung mag dies eine Rolle spielen.

Eine wesentlich simplere Erklärung könnte darin bestehen, dass sie entsprechend der Verfügbarkeitsheuristik (Tversky & Kahneman 1973) zunächst nur an die nächstgelegenen Krankenhäuser denken.

Ansonsten könnte es sich auch so verhalten, dass zwischen den verschiedenen Krankenhäusern kein so großer qualitativer Unterschied gesehen wird, als dass sich weite Wege lohnen würden.

### **Relevanz der Krankenhauswahl**

---

<sup>60</sup> Bei dieser Untersuchung konnte jedoch kein Zusammenhang zwischen dem Aufwand und der Zufriedenheit mit der aktuellen Behandlung nachgewiesen werden. Weder zwischen dem subjektiven Aufwand und der Zufriedenheit (Spearman:  $n = 493$  ;  $p = 0,462$  ;  $r = -0,033$  ; Power (für  $r=0,112$ ) = 80,17) noch zwischen dem objektivierten Aufwand und der Zufriedenheit (Spearman:  $n = 263$  ;  $p = 0,892$  ;  $r = -0,008$  ; Power (für  $r=0,153$ ) = 80,15). Bei der Einzelbetrachtung der Krankenhäuser fand sich nur bei einem Krankenhaus ein signifikanter Zusammenhang: In diesem Fall führte ein höherer Rechercheaufwand allerdings sogar zu einer niedrigeren Zufriedenheit!

Wenn angenommen wird, dass sich Krankenhäuser qualitativ nicht stark voneinander unterscheiden, wirft das die grundsätzliche Frage, ob es für das medizinische Outcome überhaupt relevant ist, in welchem Krankenhaus die Behandlung stattfindet? Immerhin sind die meisten Mediziner vermutlich vergleichbar aus- und fortgebildet und auch die meisten Verfahren und Behandlungsmethoden dürften standardisiert sein. Nichtsdestotrotz wurden die Wahl des richtigen Arztes bzw. des richtigen Krankenhauses von den Patienten als sehr wichtig erachtet (Tabelle 8.a, 8.b).

<b>„Für wie wichtig für den Erfolg der Behandlung halten Sie die Wahl des richtigen Arztes?“</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	289	48,1	52,8	52,8
Sehr wichtig	221	36,8	40,4	93,2
Eher wichtig	32	5,3	5,9	99,1
Eher unwichtig	5	,8	,9	100,0
Gesamt	547	91,0	100,0	

*Tabelle 8.a: Wichtigkeit des Arztes*

<b>„Für wie wichtig für den Erfolg der Behandlung halten Sie die Wahl des richtigen Krankenhauses?“</b>	<b>Häufigkeit</b>	<b>Prozent</b>	<b>Gültige Prozente</b>	<b>Kumulierte Prozente</b>
Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt	208	34,6	37,6	37,6
Sehr wichtig	293	48,8	53,0	90,6
Eher wichtig	44	7,3	8,0	98,6
Eher unwichtig	8	1,3	1,4	100,0
Gesamt	553	92,0	100,0	

*Tabelle 8.b: Wichtigkeit des Krankenhauses*

Oder es liegt vielleicht an den einweisenden Ärzten, die sich vor allem im näheren Umfeld auskennen, wo ja auch die meisten ihrer Patienten (weiter-)behandelt werden und mit ihren Entlassungspapieren und den jeweiligen Erfahrungsberichten zurück kommen? Das wäre auch eine Erklärung für die relative Kleinräumigkeit medizinischer Behandlungen. Vor allem würde sich ein entsprechender Kreislauf herausbilden, wenn Ärzte ihre Patienten bevorzugt in bestimmte Krankenhäuser schicken und dadurch auch verstärkt über diese Feedback und Informationen erhalten.

### **Rahmenbedingungen und Strukturen verschiedener Gesundheitssysteme beachten**

Bei der Durchführung weiterer Studien oder auch dem Vergleich verschiedener Studien muss unbedingt auch immer auf die jeweiligen Rahmenbedingungen und Strukturen sowie (daraus resultierten) ‚Gewohnheiten‘ geachtet werden, um nicht redensartlich Äpfel mit Birnen zu vergleichen<sup>61</sup>.

---

<sup>61</sup> Selbst wenn man damit immer noch ‚Obst‘ untersuchen würde, sind Verzerrungen zu erwarten.

## 9. Literatur

Aggarwal, A., Bernays, S., Payne, H., van der Meulen, J. & Davis, C. (2018). Hospital Choice in Cancer Care: A Qualitative Study. *Clinical Oncology*, 30, e67 - ee73. doi: 10.1016/j.clon.2018.03.009

Ärzteblatt (2018). *Immer weniger Krankenhäuser mit immer weniger Betten*. Abgerufen am 04.02.2019 von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/97833/Immer-weniger-Krankenhaeuser-mit-immer-weniger-Betten>

Austin, C. A., Mohottige, D., Sudore, R. L., Smith, A. K. & Hanson, L. C. (2015). Tools to Promote Shared Decision Making in Serious Illness: A Systematic Review. *JAMA Internal Medicine*, 175 (7), 1231-1221. doi: 10.1001/jamainternmed.2015.1679

Backhaus, K., Erichson, B. & Weiber, R. (2015). *Fortgeschrittene Multivariate Analysemethoden - Eine anwendungsorientierte Einführung*. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler. doi: 10.1007/978-3-662-46087-0

Baker, L. C., Bundorf, M. K. & Kessler, D. P. (2016). The effect of hospital/physician integration on hospital choice. *Journal of Health Economics*, 50, 1-8. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.08.006

Barnett, J., Ogden, J. & Daniells, E. (2008). The value of choice: a qualitative study. *British Journal of General Practice*, September 2008, 609-613. doi: 10.3399/bjgp08X330717

Barr, J. K., Boni, C. E., Kochurka, K. A., Nolan, P., Petrillo, M., Sofaer, S. & Waters, W. (2002). Public reporting of hospital patient satisfaction: the Rhode Island experience. *Health care financing review*, 23 (4), 51-70

Barry, M. J. & Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making — The Pinnacle of Patient-Centered Care. *The New England Journal of Medicine*, 366 (9), 780-781. doi: 10.1056/NEJMp1109283

Barton, A. H. & Lazarsfeld, P. F. (1984): Einige Funktionen von qualitativer Analyse in der Sozialforschung. In: Hopf, C. & Weingarten, E. (Hrsg). *Qualitative Sozialforschung*. Stuttgart: Klett Cotta.

Basu, J. (2005). Severity of Illness, Race, and Choice of Local Versus Distant Hospitals Among the Elderly. In *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 16 (2), 391-405. doi:10.1353/hpu.2005.0023

Basu, J. & Friedman, B. (2007). A re-examination of distance as a proxy for severity of illness and the implications for differences in utilization by race/ethnicity. In *Health Economics*, 16, 687–701. doi:10.1002/hec.1192

- Baum, F. (1995). Researching public health: Behind the qualitative-quantitative methodological debate. *Social Science & Medicine*, 40 (4), 459-468. doi: 10.1016/0277-9536(94)E0103-Y
- Berendsen, A. J., de Jong, G. M., Schuling, J., Bosveld, H. E. P., de Waal, M. W. M., Mitchell, G. K., ... Meyboom-de Jong, B. (2009). Patient's need for choice and information across the interface between primary and secondary care: A survey. *Patient Education and Counseling*, 79 (1), 100–105; doi:10.1016/j.pec.2009.07.032
- Berta, P.; Martini, G., Moscone, F. & Vittadini, G. (2016). The association between asymmetric information, hospital competition and quality of healthcare: evidence from Italy. *Journal of the Royal Statistical Society: Series A (Statistics in Society)*, 179 (4), 907–926. doi:10.1111/rssa.12214
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2016). Berufsethische Richtlinien des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. und der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. zugleich Berufsordnung des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V.
- Berwick, D. (2009). What 'Patient-Centered' Should Mean: Confessions Of An Extremist. *Health affairs (Project Hope)*, 28 (4), w555-w565. doi:10.1377/hlthaff.28.4.w555
- Blake, R. S. & Clarke, H. D. (2017). Hospital Compare and Hospital Choice: Public Reporting and Hospital Choice by Hip Replacement Patients in Texas. *Medical Care Research and Review*, 2017, 1-24; doi: 10.1177/1077558717699311
- Blanca, M. J., Alarcón, R., Arnau, J., Bono, R. & Bendayan, R. (2017). Non-normal data: Is ANOVA still a valid option? *Psicothema*, 29 (4), 552-557. doi: 10.7334/psicothema2016.383
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2013). *Krankenhaus Barometer 2013*. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Blum, K., Löffert, S., Offermanns, M. & Steffen, P. (2015). *Krankenhaus Barometer 2015*. Deutsches Krankenhausinstitut e.V.
- Bohnsack, R., Marotzki, W. & Meuser, M. (2003). *Hauptbegriffe Qualitativer Sozialforschung*. Opladen: Leske + Budrich
- Bonett, D. & Wright, T. A. (2015). Cronbach's alpha reliability: Interval estimation, hypothesis testing, and sample size planning. *Journal of Organizational Behavior, J. Organiz. Behav.*, 36 (1), 3–15. doi: 10.1002/job.1960
- Bortz, J. & Döring, N. (1995). *Forschungsmethoden und Evaluation* (2. vollständig überarbeitete und aktualisierte Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer

- Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag
- Bortz, J. & Schuster, C. (2010) *Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer
- Bosco, J. L. F., Halpenny, B. & Berry, D. L. (2012). Personal preferences and discordant prostate cancer treatment choice in an intervention trial of men newly diagnosed with localized prostate cancer. *Health and Quality of Life Outcomes*, 2012 10:123. doi: 10.1186/1477-7525-10-123
- Brown, A.; Pink, G. H. & Champagne, F. (2005). Erfahrungen der Qualitätsberichterstattung von Krankenhäusern in Kanada. In Klauber, J. (Hrsg.) *Krankenhaus-Report 2004 - Schwerpunkt: Qualitätstransparenz, Instrumente und Konsequenzen*. Stuttgart: Schattauer
- Brown, C. L. & Krishna, A. (2004). The Skeptical Shopper: A Metacognitive Account for the Effects of Default Options on Choice. *Journal of Consumer Research*, 31 (3), 529-539. doi: 10.1086/425087
- Bühl, A. (2014). *SPSS 22 – Einführung in die moderne Datenanalyse*. Hallbergmoos: Pearson
- Bundesinstitut für Bevölkerungsforschung (2016). *Durchschnittsalter der Bevölkerung*. Abgerufen am 08.07.2016 von [http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/D/durchschnittsalter\\_bevoelkerung.html](http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/D/durchschnittsalter_bevoelkerung.html)
- Campbell, M. C. (2007). "Says Who?!" How the Source of Price Information and Affect Influence Perceived Price (Un)fairness. *Journal of Marketing Research*, 44 (2), 261-271.
- Canadian Institute for Health Information (2017) *Hospital Reports*. Abgerufen 25.02.2017 von <https://secure.cihi.ca/estore/productSeries.htm?pc=PCC219>
- Cohen, J. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112 (1), 155-159. doi: 10.1037/0033-2909.112.1.155
- Cortina, J.M. (1993) What Is Coefficient Alpha? An Examination of Theory and Applications. *Journal of Applied Psychology*, 78 (1), 98-104. doi: 10.1037/0021-9010.78.1.98
- Coulter, A. (2004). Editorial: What price choice. *Health Expectations*, 7 (3), 185-186. doi:10.1111/j.1369-7625.2004.00288.x
- Coulter, A. & Jenkinson, C. (2005). European patients' views on the responsiveness of health systems and healthcare providers. *European journal of public health*, 15 (4), 355-360. doi: 10.1093/eurpub/cki004

- Damman, O. C., Hendriks, M., Rademakers, J., Delnoij, D. M. J. & Groenewegen, P. P. (2009) How do healthcare consumers process and evaluate comparative healthcare information? A qualitative study using cognitive interviews. *BMC Public Health*, 9 (1), 423-423. doi:10.1186/1471-2458-9-423
- Damman, O.C, Heniks, M. C. P., Rademakers, J., Spreeuwenberg, P., Delnoij, D. M. J. & Groenewegen, P.P. (2012). Consumers' Interpretation and Use of Comparative Information on the Quality of Health Care: The Effect of Presentation Approaches. *Health Expectation*, 15 (2), 197–211. doi:10.1111/j.1369-7625.2011.00671.x
- Davidai, S., Gilovich, T. & Ross, L. D. (2012). The meaning of default options for potential organ donors. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 109 (38), 15201-15205. doi: 10.1073/pnas.1211695109
- De Boer, D., Delnoij, D. & Rademakers, J. (2013). The importance of patient-centered care for various patient groups. *Patient Education and Counseling*, 90 (3), 405–410; doi:10.1016/j.pec.2011.10.002
- de Cruppé, W. & Geraedts, M. (2011). Wie wählen Patienten ein Krankenhaus für elektive operative Eingriffe? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 54 (8), 951-957. doi:10.1007/s00103-011-1320-3
- de Cruppé, W. & Geraedts, M. (2017). Hospital choice in Germany from the patient's perspective: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 17:720; doi: 10.1186/s12913-017-2712-3
- de Groot, I. B., Otten, W., Smeets, H. J. & Marang-van de Mheen, P. J. (2011). Is the impact of hospital performance data greater in patients who have compared hospitals? *BMC Health Services Research*, 11 (1), 214-214. doi:10.1186/1472-6963-11-214
- de Groot, I. B., Otten, W., Dijs-Elsinga, J., Smeets, H. J., Kivit, J. & Marang-van de Mheen, P. J. (2012). Choosing between Hospitals: The Influence of the Experiences of Other Patients. *Medical Decision Making*, 32 (6), 764-778. doi:10.1177/0272989X12443416
- de Haan, T. & Linde, J. (2018). 'Good Nudge Lullaby': Choice Architecture and Default Bias Reinforcement. *The Economic Journal*, 128 (610), 1180-1206. doi:10.1111/eoj.12440
- de Mheen, P. J., Dijs-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M., Smeets, H. J., Vree, R., van der Made, W. J. & Kievit, J. (2011). The Relative Importance of Quality of Care Information When Choosing a Hospital for Surgical Treatment: A Hospital Choice Experiment". *Medical Decision Making*, 31 (6), 816–827. doi: 10.1177/0272989X11386799
- Deutsche Gesellschaft für Soziologie (2014). Ethik-Kodex der Deutschen Gesellschaft für Soziologie (DGS) und des Berufsverbandes Deutscher Soziologinnen und Soziologen (BDS)



- Destatis (2014). *Zahl der Krankenhauspatienten im Jahr 2013 leicht gestiegen*. Pressemitteilung vom 22. August 2014 –296/14, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2015a). *19,1 Millionen Patienten 2014 stationär im Krankenhaus behandelt*. Pressemitteilung vom 12. August 2015 – 290/15, Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2015b). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit: Ausgangsdaten der Bevölkerungsfortschreibung aus dem Zensus 2011. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2016). *19,2 Millionen Patienten 2015 stationär im Krankenhaus behandelt*. Pressemitteilung vom 16. August 2016 – 283/16. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Destatis (2017). *19,5 Millionen Patienten im Jahr 2016 stationär im Krankenhaus behandelt*. Pressemitteilung vom 14. August 2017 – 276/17. Statistisches Bundesamt, Wiesbaden
- Dietrich, M. & Renner, S. (2015). Subjective Quality Information: Effects of Patient Experience Outcomes and Display Formats on Evaluation and Choice Intentions. *Health Marketing Quarterly*, 32, 234–249. doi: 10.1080/07359683.2015.1061850
- Dijs-Elsinga, J., Otten, W., Versluijs, M. M., Smeets, H. J., Kievit, J., Vree, R., van der Made, W. J. & Marang-van de Mheen, P. J. (2010). Choosing a Hospital for Surgery: The Importance of Information on Quality of Care. *Medical Decision Making*, 30 (5), 544-555; doi: 10.1177/0272989X09357474
- Dijsterhuis, A., Bos, M. W., Nordgren, L. F. & van Baaren, R. B. (2006). On Making the Right Choice: The Deliberation-Without-Attention Effect. *Science*, 311 (5763), 1005-1007. doi: 10.1126/science.1121629
- Diekmann, A. (2010). *Empirische Sozialforschung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt
- Donelan, K., Rogers, R., Eisenhauer, A., Mort, E. & Agnihotri, A. K. (2011). Consumer Comprehension of Surgeon Performance Data for Coronary Bypass Procedures. *Annals of Thoracic Surgery*, 91 (5), 1400 -1406. doi: 10.1016/j.athoracsur.2011.01.019
- Döring, N. & Bortz, J. (2016). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften*. Heidelberg, Springer. doi: 10.1007/978-3-642-41089-5
- Doering, N. & Maarse, H. (2015). The use of publicly available quality information when choosing a hospital or health-care provider: the role of the GP. *Health Expectations*, 18 (6), 2174-2182. doi:10.1111/hex.12187
- Doyle, C., Lennox, L. & Bell, D. (2013). A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. *BMJ Open*, 3 (1), e001570. doi:10.1136/bmjopen-2012-001570

DQR-Qualifikationsrahmen (2017). Abgerufen am 18.06.2017 von <https://www.dqr.de/content/2316.php#qs-result>

Eckstein, P. P. (2016). *Statistik für Wirtschaftswissenschaftler*. Wiesbaden: Springer Fachmedien. doi: 10.1007/978-3-658-10221-0

Edgman-Levitan, S. & Cleary, P. D. (1996). What information do consumers want and need? *Health Affairs*, 15 (4), 42-56. doi: 10.1377/hlthaff.15.4.42

Ellis, P. D. (2010). The essential guide to effect sizes: statistical power, meta-analysis, and the interpretation of research results. Cambridge: Cambridge University Press

Elwyn, G., Frosch, D., Thomson, R., Joseph-Williams, N., Lloyd, A., Kinnersley, P., ..., Barry, M. (2012). Shared decision making: a model for clinical practice. *Journal of General Internal Medicine*, 27 (10), 1361-1367. doi: 10.1007/s11606-012-2077-6

Emmert, M., Hessemer, S., Meszmer, N. & Sander, U. (2014). Do German Hospital Report Cards Have the Potential to Improve the Quality of Care? *Health Policy*, 118 (3), 386-395. doi: 10.1016/j.healthpol.2014.07.006

Emmert, M. & Schlesinger, M. (2017). Hospital Quality Reporting in the United States: Does Report Card Design and Incorporation of Patient Narrative Comments Affect Hospital Choice? *Health Services Research*, 52 (3), 933-958. doi: 10.1111/1475-6773.12519

Escarce, J. & Kapur, K. (2009). Do Patients Bypass Rural Hospitals? Determinants of Inpatient Hospital Choice in Rural California. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 20 (3), 625-644. doi: 10.1111/1475-6773.12519

Faber, M., Bosch, M., Wollersheim, H., Leatherman, S. & Grol, R. (2009). Public Reporting in Health Care: How Do Consumers Quality-of-Care Information? *Medical Care*, 47 (1), 1-8. doi: 10.1097/MLR.0b013e3181808bb5

Fasolo, B., Reutskaja, E., Dixon, A. & Boyce, T. (2010). Helping patients choose: How to improve the design of comparative scorecards of hospital quality. *Patient Education and Counseling*, 78 (3), 344–349. doi: 10.1016/j.pec.2010.01.009

Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39 (2), 175-191. doi: 10.3758/BF03193146

Ferrua, M., Sicotte, C., Lalloue, B. & Minvielle, E. (2016). Comparative Quality Indicators for Hospital Choice: Do General Practitioners Care? *PLoS ONE*, 11(2), e0147296. doi: 10.1371/journal.pone.0147296

Fiedler, K. & Wänke, M. (2013) Why simple heuristics make life both easier and harder. In Hertwig, R. & Hoffrage, U. (Hrsg.). *Simple heuristics in a social world*. Oxford: Oxford Press

Field, A. (2015). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics*. Thousand Oaks: Sage Publications

Finucane, M., Slovic, P., Hibbard, J. H., Peters, E., Mertz, C. K. & MacGregor, D. G. (2002). Aging and Decision-making Competence: An Analysis of Comprehension and Consistency Skills in Older versus Younger Adults Considering Health-plan Options. *Journal of Behavioral Decision Making*, 15 (2), 141–164. doi:10.1002/bdm.407

Flick, U. (2010). *Qualitative Sozialforschung – Eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag

Flick, U. (2009) Design und Prozess qualitativer Forschung. In Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2009). *Qualitative Sozialforschung – Ein Handbuch* (S. 252-265). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag

Friedman, H. S. & Schustack, M. W. (2004). *Persönlichkeitspsychologie und differentielle Psychologie* (Erg. um ein Kapitel zur Intelligenz von Heiner Rindermann). München: Pearson Studium.

Gerrig, R. J. (2016). *Psychologie*. Hallbergmoos: Pearson

Gigerenzer, G. (2004). Fast and Frugal Heuristics: The Tools of Bounded Rationality. In Koehler, D. (Hrsg.) *Blackwell Handbook of Judgement and Decision Making* (S. 62-88). Malden: Blackwell

Gigerenzer, G. (2008). Why Heuristics Work. *Perspectives on Psychological Science*, 3 (1), 20-29. doi: 10.1111/j.1745-6916.2008.00058.x

Gigerenzer, G., Czerlinski, J. & Martignon, L. (2002). *How Good Are Fast and Frugal Heuristics?* Oxford University Press. doi: 10.1093/0195147669.003.0008

Gigerenzer, G., Gaissmaier, W., Kurz-Milcke, E., Schwartz, L. M. & Woloshin, S. (2007). Helping Doctors and Patients Make Sense of Health Statistics. *Psychological Science in the Public Interest*, 8 (2), 53-96. doi: 10.1111/j.1539-6053.2008.00033.x

Gigerenzer, G. & Goldstein, D. G. (1999). Betting on One Good Reason. In Gigerenzer, G. & Todd, P. (Hrsg.). *Simple heuristics that make us smart*. (S. 74-94). New York: Oxford University Press

Gignac, G. E. & Szodorai, E. T. (2016). Effect size guidelines for individual differences researchers. *Personality and Individual Differences*, 102, 74-78. doi: 10.1016/j.paid.2016.06.069

Giordano, L., Elliot, M. N., Goldstein, E., Lehrman, W. G. & Spencer, P. A. (2010). Development, Implementation, and Public Reporting of the HCAHPS Survey. *Medical Care Research and Review*, 67 (1), 27-37. doi: 10.1177/1077558709341065

- Glance, L., Dick, A. W., Mukamel, D. B., Li, Y & Osler, T. M. (2010). How Well Do Hospital Mortality Rates Reported in the New York State CABG Report Card Predict Subsequent Hospital Performance? *Medical Care*, 48 (5), 466-471. doi:10.1097/MLR.0b013e3181d568f7
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. Chicago: Aldine Publ. Co.
- Glass, G. V., Peckham, P. D., & Sanders, J. R. (1972). Consequences of Failure to Meet Assumptions Underlying the Fixed Effects Analyses of Variance and Covariance. *Review of Educational Research*, 42 (3), 237-288. doi: 10.3102/00346543042003237
- Gneezy, U., Haruvy, E. & Yafe, H. (2004). The Inefficiency of Splitting the Bill. *The Economic Journal*, 114 (April), 265–280. doi: 10.1111/j.1468-0297.2004.00209.x
- Goldstein, E., Farquhar, M., Crofton, C., Darby, C. & Garfinkel, S. (2005). Measuring Hospital Care from the Patients' Perspective: An Overview of the CAHPSs Hospital Survey Development Process. *Health Services Research*, 40 (6p2), 1977–1995. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00477.x
- Greuter, G. & Weber, J. (2009). Informationsbedarf chronisch kranker Menschen bei der Krankenhauswahl – Untersucht unter besonderer Berücksichtigung des Internets. Bielefeld: Veröffentlichungsreihe des Instituts für Pflegewissenschaft an der Universität Bielefeld
- Guide, V.D.R. & Ketokivi, M. (2015). Notes from the Editors: Redefining some methodological criteria for the journal. *Journal of Operations Management*, 37 (1), v-viii; doi:10.1016/S0272-6963(15)00056-X
- Gutacker, N., Siciliani, L., Moscelli, G. & Gravelle., H. (2016). Choice of hospital: Which type of quality matters? *Journal of Health Economics*, 50, 230–246. doi: 10.1016/j.jhealeco.2016.08.001
- Harwell, M. (2003). Summarizing Monte Carlo Results in Methodological Research: The Single-Factor, Fixed-Effects ANCOVA Case. *Journal of Educational and Behavioral Statistics*, 28, 1, 45-70. doi: 10.3102/10769986028001045
- Hansen, R.P., Vedsted, P., Sokolowski, I., Søndergaard, J. & Olesen, F. (2011). Time intervals from first symptom to treatment of cancer: a cohort study of 2,212 newly diagnosed cancer patients. *BMC Health Services Research*, 11, 284. doi: 10.1186/1472-6963-11-284
- Haslbeck, J. (2016). Experten aus Erfahrung. *PADUA*, 11 (1), 65–71. doi: 10.1024/1861-6186/a000295
- Hemphill, J. F. (2003). Interpreting the magnitudes of correlation coefficients. *The American psychologist*, 58 (1), 78-79. doi: 10.1037/0003-066X.58.1.78

- Hibbard, J. H., Slovic, P., Peters, E. & Finucane, M. L. (2002). Strategies for Reporting Health Plan Performance Information to Consumers. *Health Services Research*, 37 (2), 291-313. doi:10.1111/1475-6773.024
- Hibbard, J. H., Peters, E., Dixon, A. & Tusler, M. (2007). Consumer Competencies and the Use of Comparative Quality Information. *Medical Care Research and Review*, 64 (4), 379–394. doi: 10.1177/1077558707301630
- Hibbard, J.H. & Peters, E. (2003). Supporting informed consumer health care decisions: data presentation approaches that facilitate the use of information in choice. *Annual Review of Public Health*, 24 (1), 413-433. doi: 10.1146/annurev.publhealth.24.100901.141005
- Hibbard, J. H. & Sofaer, S. (2010). *Best Practices in Public Reporting No. 1: How to Effectively Present Health Care Performance Data to Consumers*. AHRQ Publications No. 10-0082-EF. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality
- Ho, K. & Pakes, A. (2011). Do physician incentives affect hospital choice? A progress report. *International Journal of Industrial Organization*, 29 (3), 317–322. doi: 10.1016/j.ijindorg.2010.11.003
- Hohmann, C. & Schwarzer, R. (2009). Selbstwirksamkeitserwartung In Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.) *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 61-67). Göttingen: Hogrefe
- Hoffmann-Riem, Christa (1980). Die Sozialforschung einer interpretativen Soziologie. *Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie*, 2, 339-372.
- Holm, S. (1979). A Simple Sequentially Rejective Multiple Test Procedure. *Scandinavian Journal of Statistics*, 6 (2), 65-70.
- Homepage der Forschungsgruppe Metrik. Abgerufen am 29.05.2017 von <http://www.metrik.de>
- Hopf, C. (2009). Qualitative Interviews - Ein Überblick. In Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2009). *Qualitative Sozialforschung – Ein Handbuch* (S. 349-360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag
- Huppertz, J. W. & Carlson, J. P. (2010). Consumers' Use of HCAHPS Ratings and Word-of-Mouth in Hospital Choice. *Health Services Research*, 45 (6p1), 1602-1613. doi: 10.1111/j.1475-6773.2010.01153.x
- Iyengar, S. S. & Lepper, M. R. (2000). When Choice is Demotivating: Can One Desire Too Much of a Good Thing? *Journal of Personality and Social Psychology*, 79 (6), 995-1006. doi:10.1037/0022-3514.79.6.995

- Janssen, J. & Laatz, W. (2017). *Statistische Datenanalyse mit SPSS*. Berlin, Heidelberg: Springer Gabler. doi:10.1007/978-3-662-53477-9
- John, O. P., Naumann, L. P. & Soto, C. J. (2008). Paradigm shift to the integrative Big Five trait taxonomy: History, measurement, and conceptual issues. In John, O.P., Robins, R. W. & Pervin, L. A. (Hrsg.). *Handbook of personality: Theory and research* (S. 114-158). New York: Guilford Press.
- Jung, K., Feldman, R. & Scanlon, D. (2011). Where would you go for your next hospitalization. *Journal of Health Economics*, 30 (4), 832– 841. doi: 10.1016/j.jhealeco.2011.05.006
- Kahneman, D. & Tversky, A. (1973). On the psychology of prediction. *Psychological Review*, 80 (4), 237-251. doi: 10.1037/h0034747
- Kallus, W. K. (2010). *Erstellung von Fragebogen*. Wien: Facultas
- Kaya, M. (2009). Verfahren der Datenerhebung. In Albers, S., Klapper, D. Konradt, U., Walter, A. & Wolf, J. (Hrsg) *Methodik der empirischen Forschung* (S. 49-64). Wiesbaden: Gabler Verlag
- Kaya, M. & Himme, A. (2009). Möglichkeiten der Stichprobenbildung. In Albers, S., Klapper, D. Konradt, U., Walter, A. & Wolf, J. (Hrsg) *Methodik der empirischen Forschung* (S. 79-88). Wiesbaden: Gabler Verlag
- Kelle, U. (2008). Die Integration qualitativer und quantitativer Methoden in der empirischen Sozialforschung (2. Auflage). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Kelle, U. & Erzberger, C. (2009). Qualitative und quantitative Methoden: Kein Gegensatz. In Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung – Ein Handbuch*. (7. Auflage. S. 299-309). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag
- Ketelaar, N. A. B. M., Faber, M. J., Flottorp, S., Rygh, L. H., Deane, K. H. O. & Eccles, M. P. (2011). Public release of performance data in changing the behaviour of healthcare consumers, professionals or organisations. *The Cochrane Database Of Systematic Reviews*, 11:CD004538. doi:10.1002/14651858.CD004538.pub2
- Keuth, H. (Hrsg), Popper, K. (2007). *Karl Popper. Logik der Forschung* (3. bearb. Auflage). Berlin: Akademie Verlag
- Klauber, J., Robra, B.-P. & Schellschmidt, H. (2005). *Krankenhaus-Report 2004*. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Kolstad, J, T. & Chernew M. E. (2009). Quality and Consumer Decision Making in the Market for Health Insurance and Health Care Services. *Medical Care Research and Review*, 66 (1\_suppl), 28S-52S. doi:10.1177/1077558708325887

- Kromrey, H. (2009). *Empirische Sozialforschung*. Stuttgart: Lucius & Lucius
- Kubinger, K. D., Rasch, D. & Yanagida, T. (2011). *Statistik in der Psychologie*. Göttingen: Hogrefe
- Kühberger, A. (1995). The Framing of Decisions: A New Look at Old Problems. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 62 (2), 230-240. doi: 10.1006/obhd.1995.1046
- Kühberger, A. & Gradl, P. (2013). Choice, Rating, and Ranking: Framing Effects with Different Response Modes. *Journal of Behavioral Decision Making*, 26 (2), 109-117. doi: 10.1002/bdm.764
- Kühberger, A. & Tanner, C. (2010). Risky Choice Framing: Task Versions and a Comparison of Prospect Theory and Fuzzy-Trace Theory. *Journal of Behavioral Decision Making*, 23 (3), 314–329. doi: 10.1002/bdm.656
- Kurzenhäuser, S. & Epp, A. (2009). Wahrnehmung von gesundheitlichen Risiken. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 52 (12), 1141–1146. doi: 10.1007/s00103-009-0969-3
- Lako, C. J. & Rosenau, P. (2009). Demand-Driven Care and Hospital Choice. Dutch Health Policy Toward Demand-Driven Care: Results from a Survey into Hospital Choice. *Health Care Analysis*, 17 (1), 20-35. doi: 10.1007/s10728-008-0093-9
- Lako, C. & Dortant, H. (2014). Why don't the Dutch use quality information in their hospital choice? Results from a survey among 479 patients from a Dutch hospital. *Health*, 6 (1), 1-5. doi: 10.4236/health.2014.61001
- Lamnek, S. (2010). *Qualitative Sozialforschung*. Weinheim: Beltz
- Laverty A. A., Dixon, A. & Millett, C. (2015). Do patients' information requirements for choice in health care vary with their socio-demographic characteristics?. *Health Expectations*, 18 (5), 1127–1138. doi: 10.1111/hex.12086
- Lance, C.E., Butts, M.M. & Michels, L.C. (2006). The Sources of Four Commonly Reported Cutoff Criteria - What Did They Really Say? *Organizational Research Methods*, 9 (2). doi: 10.1177/1094428105284919
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1997). *Stress, appraisal, and coping* (10. Auflage). New York: Springer
- Leiner, D. (2016). *Cronbachs Alpha sinnvoll einsetzen*. Abgerufen am 01.05.2018 von [www.dominik-leiner.de/alpha.pdf](http://www.dominik-leiner.de/alpha.pdf)

- Légaré, F. & Thompson-Leduc, P. (2014). Twelve myths about shared decision making. *Patient Education and Counselling*, 96 (3), 281-286. doi: 10.1016/j.pec.2014.06.014
- Lipkin M. (2013). Shared Decision Making. *JAMA Intern Medicine*, 173 (13), 1204–1205. doi:10.1001/jamainternmed.2013.6248
- Lis, C. G., Rodeghier, M. & Gupta, D. (2009). Distribution and determinants of patient satisfaction in oncology: A review of the literature. *Patient Preference and Adherence*, 3 (default), 287–304. doi: 10.2147/PPA.S6351
- Lix, L. M., Keselman, J. C. & Keselman, H. J. (1996). Consequences of Assumption Violations Revisited: A Quantitative Review of Alternatives to the One-Way Analysis of Variance F Test. *Review of Educational Research*, 66(4), 579–619. doi: 10.3102/00346543066004579
- Llewelyn, H. (2018). Shared decision making won't reduce uncertainty. *BMJ* (Clinical research ed.), 362, k2987. doi: 10.1136/bmj.k2987
- Loh, A. & Härter, M. (2009). Medizinische Entscheidungsfindung, Therapeuten-Patienten-Beziehung und Patientenbeteiligung. In Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg.) *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 368-377). Göttingen: Hogrefe
- Loomes, G. & Sugden, R. (1982). An Alternative Theory of Rational Choice Under Uncertainty. *The Economic Journal*, 92 (368), 805-824. doi: 10.2307/2232669
- Loomes, G. & Sugden, R. (1986). Disappointment and Dynamic Consistency in Choice under Uncertainty. *The Review of Economic Studies*, 53 (2), 271-282. doi: 10.2307/2297651
- Losina, E., Plerhoples, T., Fossel, A. H., Mahomed, N. N., Barret, J., Creel, A. H., Wright, E. A. & Katz, J. N. (2005). Offering Patients the Opportunity to Choose Their Hospital For total Knee Replacement: Impact on Satisfaction With the Surgery. *Arthritis and rheumatism – Arthritis Care and Research*, 53 (5), 646-652. doi: 10.1002/art.21469
- Lüpsen, H. (2018). *Varianzanalysen - Prüfen der Voraussetzungen und nichtparametrische Methoden sowie praktische Anwendungen mit R und SPSS* (Version 3.1.1). Abgerufen am 25.01.2019 von <http://www.uni-koeln.de/~a0032/statistik/buch/nonpar-anova.pdf>
- Lux, M. P., Fasching, P. A., Schrauder, M., Löhberg, C., Thiel, F., Bani, M. R. ... Goecke, T. W. (2010). The era of centers: the influence of establishing specialized centers on patients' choice of hospital. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 283 (3), 559–568. doi: 10.1007/s00404-010-1398-0
- Markus, H. R. & Schwartz, B. (2010). Does Choice Mean Freedom and Well-Being? *Journal of Consumer Research*, 37 (2), 344-355. doi: 10.1086/651242



- Matthes, N. & Wiest, A. (2005) Veröffentlichung von Qualitätsdaten für Krankenhäuser in den USA. In Klauber, J., Robra, B.-P. & Schellschmidt, H. (Hrsg.). *Krankenhaus-Report 2004* (S. 49-74). Stuttgart: Schattauer Verlag
- Mayer, H. O. (2009). Interview und schriftliche Befragung: Entwicklung, Durchführung und Auswertung. München, Wien: Oldenbourg
- Mayring, P. (2003) *Qualitative Inhaltsanalyse*. Weinheim: Beltz
- McKenzie, C. R. M., Liersch, M. J. & Finkelstein, S. R. (2006). Recommendations Implicit in Policy Default. *Psychological Science*, 17 (5), 414-420. doi: 10.1111/j.1467-9280.2006.01721.x
- McKinlay, J. B. (1993). The Promotion of Health through Planned Sociopolitical Change. *Social Science and Medicine*, 36 (2), 109-117. doi: 10.1016/0277-9536(93)90202-F
- McKinlay, J. B. (1995). Towards Appropriate Levels, Research Methods and Healthy Public Policies. In Guggenmoos-Holzmann, I., Bloomfield, K., Brenner, H. & Flick, U. (Hrsg) *Quality of Life and Health: Concepts, Methods, and Applications* (S. 161-182). Berlin: Blackwell-Wiss.-Verlag
- Meinefeld, Werner (2009). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.). *Qualitative Sozialforschung – Ein Handbuch* (S. 265-275). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag
- Merkens, H. (2009). Auswahlverfahren, Sampling, Fallkonstruktion. In Flick, U., von Kardoff, E. & Steinke, I. (Hrsg.) (2009). *Qualitative Sozialforschung – Ein Handbuch* S. 286-299. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag
- Mosadeghrad, A. M. (2014). Patient choice of a hospital: implications for health policy and management. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27 (2), 152-164. doi: 10.1108/IJHCQA-11-2012-0119
- Moscone, F., Tosetti, E. & Vittadini, G. (2012). Social interaction in patients' hospital choice: evidence from Italy. *Journal of the Royal Statistical Society Series A*, 175 (2), 453–472. doi: 10.1111/j.1467-985X.2011.01008.x
- Moser, A., Korstjens, I., van der Weijden, T. & Tange, H. (2009). Themes affecting health-care consumers' choice of a hospital for elective surgery when receiving web-based comparative consumer information. *Patient Education and Counseling*, 78 (3), 365–371. doi: 10.1016/j.pec.2009.10.027
- Murphy, E. & Dingwall, R. (2001). The Ethics of Ethnography. In Atkinson, P. (Hrsg) *Handbook of Ethnography* (S. 339-351). London: Sage

- Myers, D. G. (2014). *Psychologie*. Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-642-40782-6
- Nunnally, J.C. (1978). *Psychometric Theory* (2. Auflage). New York: MacGraw-Hill
- Osmialowski, C. (2015) Arbeiten auf dem Pulverfass. *Deutsches Ärzteblatt*, 112 (14)
- Patton, M. Q. (2015). *Qualitative Research & Evaluation Methods: Integrating Theory and Practice* (Fourth Edition). Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd
- Payne, J. W., Bettman, J. R., & Johnson, E.J. (1993). *The Adaptive Decision Maker*. Cambridge: Cambridge University Press
- Petersen, G. S., Knudsen, J. L. & Vinter, M. M. (2015). Cancer patients' preferences of care within hospitals: a systematic literature review. *International Journal for Quality in Health Care*, 27 (5), 384–395. doi: 10.1093/intqhc/mzv059
- Pieters, M. & Zeelenberg, M. (2007). A Theory of Regret Regulation 1.1. *Journal of Consumer Psychology*, 17 (1), 29-35. doi: 10.1207/s15327663jcp1701\_6
- Pope, D. G. (2009). Reacting to rankings: Evidence from 'America's Best Hospitals'. *Journal of Health Economics*, 28 (6), 1154–1165. doi: 10.1016/j.jhealeco.2009.08.006
- Postleitzahlen Deutschland. Abgerufen am 20.07.2017 von <http://www.suche-postleitzahl.org>
- Price, R. A., Elliot, M. N., Zaslavsky, A. M., Hays, R. D., Lehrman, W. G., Rybowski, L. ... Cleary, P. D. (2014). Examining the Role of Patient Experience Surveys in Measuring Health Care Quality. *Medical Care Research and Review*, 71 (5), 522–554. doi: 10.1177/1077558714541480
- Rademakers, J., Delnoij, D. M. J., Nijman, J. & de Boer, D. (2012). Educational inequalities in patient-centred care: patients' preferences and experiences. *BMC Health Services Research*, 12 (1), Article 261. doi: 10.1186/1472-6963-12-261
- Raithel, J. (2008). *Quantitative Forschung: ein Praxisbuch*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften
- Rasch, B., Freise, M., Hofmann, W. & Naumann, E. (2014). *Quantitative Methoden* 2. (4. überarb. Auflage). Berlin, Heidelberg: Springer. doi: 10.1007/978-3-662-43548-9
- Rasch, D. & Guiard, V. (2004). The robustness of parametric statistical methods. *Psychology Science*, 46 (2), 175-208
- Renner, B. & Schupp, H. (2005). Gesundheitliche Risiken: Wahrnehmung und Verarbeitung. In Schwarzer, R. (Hrsg). *Gesundheitspsychologie* (S. 173-193). Göttingen: Hogrefe

- Rosnow, R. L. & Rosenthal, R. (1989). Statistical Procedures and the Justification of Knowledge in Psychological Science. *American Psychologist*, 44 (10), 1276-1284. doi: 10.1037/0003-066X.44.10.1276
- Sanjo, Y. (2009). Quality choice in a health care market: a mixed duopoly approach. *The European Journal of Health Economics*, 10 (2), 207-215. doi:10.1007/s10198-008-0120-7
- Schaeffer, D. (2006). *Bedarf an Patienteninformationen über das Krankenhaus*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung
- Scheibhenne, B., Rieskamp, J. & Wagenmakers, E.-J. (2013). Testing Adaptive Toolbox Models: A Bayesian Hierarchical Approach. *Psychological Review*, 120 (1), 39–64. doi: 10.1037/a0030777
- Schmider, E., Ziegler, M., Danay, E., Beyer, L. & Bühner, M. (2010). Is It Really Robust? *Methodology*, 6(4), 147–151. doi: 10.1027/1614-2241/a000016
- Schmitt, M. & Altstötter-Gleich, C. (2010). *Differentielle Psychologie und Persönlichkeitspsychologie* (Kompakt). Weinheim, Basel: Beltz.
- Schmitt, N. (1996). Uses and Abuses of Coefficient Alpha. *Psychological Assessment*, 8 (4), 350-353. doi: 10.1037/1040-3590.8.4.350
- Schneider, S. L. (2015). *Die Konzeptualisierung, Erhebung und Kodierung von Bildung in nationalen und internationalen Umfragen*. Mannheim, GESIS – Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften (GESIS Survey Guidelines). doi: 10.15465/10.15465/gesis-sg\_020
- Schneider, E. C. & Epstein, A. M. (1998). Use of Public Performance Reports: A Survey of Patients Undergoing Cardiac Surgery. *The Journal of the American Medical Association*, 279 (20), 1638-1642. doi: 10.1001/jama.279.20.1638
- Schnell, R., Hill, P. B. & Esser, E. (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung*. München, Wien: Oldenbourg
- Schuldt, J., Doktor, A., Lichters, M. Vogt, B. & Robra, B.-P. (2017). Insurees' preferences in hospital choice - A population-based study. *Health Policy*, 121 (10), 1040-1046; doi: 10.1016/j.healthpol.2017.08.004
- Schwartz, B., Ward, A., Monterosso, J., Lyubomirsky, S., White, K. & Lehman, D. R. (2002). Maximizing versus satisficing: Happiness is a matter of choice. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (5), 1178-1197. doi: 10.1037//0022-3514.83.5.1178
- Schwartz, L. M., Woloshin, S. & Birkmeyer, J. D. (2005). How do elderly patients decide where to go for major surgery? Telephone interview survey. *British Medical Journal*, 331 (7520), 821-824. doi: 10.1136/bmj.38614.449016.DE

- Sijtsma, K. (2009a). On the Use, the Misuse, and the very limited Usefulness of Cronbachs Alpha. *Psychometrika*, 74 (1), 107–120. doi: 10.1007/S11336-008-9101-0
- Sijtsma, K. (2009b) Reliability Beyond Theory and into Practice. *Psychometrika*, 74 (1), 169-173. doi: 10.1007/S11336-008-9103-Y
- Simon, A. (2011). Patienteninvolvement und Informationspräferenzen zur Krankenhausqualität. *Unfallchirurg*, 114 (1), 73–78. doi: 10.1007/s00113-010-1882-9
- Simon, H. A. (1955): „A Behavioral Model of Rational Choice“; in: *The Quarterly Journal of Economics*, 69 (1), 99-118. doi: 10.2307/1884852
- Sixma, H. J., Kerssens, J. J., Campen, C. V. & Peters, L. (1998) Quality of care from the patient's perspective: from theoretical concept to a new measuring instrument. *Health expectations: an international journal of public participation in health care and health policy*, 1 (2), 82-95. doi:10.1046/j.1369-6513.1998.00004.x
- Sjöberg, L. (1998). Worry and risk perception. *Risk Analysis*, 18 (1), 85-93. doi: 10.1111/j.1539-6924.1998.tb00918.x
- Slovic, P. (1995). The construction of preferences. *American Journal of Psychology*, 50 (5), 364-371. doi: 10.1037/0003-066X.50.5.364
- Smith, H., Currie, C., Chaiwuttisak, P. & Kyprianou, A. (2018). Patient choice modelling: how do patients choose their hospitals? *Health care management science*, 21 (2), 259-268. doi: 10.1007/s10729-017-9399-1
- Sofaer, S., Crofton, C., Goldstein, E., Hoy, E. & Crabb, J. (2005). What do consumers want to know about the quality of care in hospitals? *Health Services Research*, 40 (6p2), 2018–2036. doi: 10.1111/j.1475-6773.2005.00473.x
- Spatz, E. S., Krumholz, H. M. & Moulton, B. W. (2017). Prime Time for Shared Decision Making. *JAMA*, 317 (13), 1309-1310. doi: 10.1001/jama.2017.0616
- Stiggelbout, A. M., de Vries, M. & Scherer, L. (2015). Medical Decision Making. In Keren, G. & Wu, G. (Hrsg). *The Wiley Blackwell Handbook of Judgement and Decision Making* (S. 775-799). Chichester: Wiley-Blackwell
- Strauss, A. L. & Corbin, J. M. (1996). *Grounded theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Psychologie-Verl.-Union
- Streuf, R., Maciejek, S., Kleinfeld, A., Blumenstock, G., Reiland, M. & Selbmann, H. K. (2007). Informationsbedarf und Informationsquellen bei der Wahl eines Krankenhauses. *Gesundheitsökonomie & Qualitätsmanagement*, 12 (2), 113–120. doi: 10.1055/s-2007-962996

- Tempel, G., Jung, F. & Schröder, C (2013). *Die Gesundheit von Männern ist nicht die Gesundheit von Frauen*. Bremen: Gesundheitsamt Bremen
- Thomson, D. R., Milliken, B. & Smilek, D. (2010). Long-term conceptual implicit memory: A decade of evidence. *Memory & Cognition*, 38 (1), 42-46. doi: 10.3758/MC.38.1.42
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1973). A Heuristic for Judging Frequency and Probability. *Cognitive Psychology*, 5 (2), 207-232. doi: 10.1016/0010-0285(73)90033-9
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1981). The Framing of Decisions and the Psychology of Choice. *Science*, 211 (4481), 453-458. doi: 10.1126/science.7455683
- Tzelepis, F., Rose, S. K., Sanson-Fisher, R. W., Clinton-McHarg, T., Carey, M. L. & Paul, C. L. (2014). Are we missing the Institute of Medicine's mark? A systematic review of patient-reported outcome measures assessing quality of patient-centred cancer care. *BMC Cancer* 14 (1), Article 41; doi: 10.1186/1471-2407-14-41
- Van Schie & E. C. M.; van Der Pligt, J. (1990). Problem representation, frame preference, and risky choice. *Acta Psychologica*, 75 (3), 243-259. doi: 10.1016/0001-6918(90)90015-8
- Varkevisser, M., van der Geest, S. A. & Schut, F. T. (2012). Do patients choose hospitals with high quality ratings? Empirical evidence from the market for angioplasty in the Netherlands. *Journal of Health Economics*, 31 (2), 371– 378. doi: 10.1016/j.jhealeco.2012.02.001
- Victoor, A., Delnoij, D. M. J., Friele, R. D., & Rademakers, J. D. J. M. (2012). Determinants of patient choice of healthcare providers: a scoping review. *BMC Health Services Research*, 12 (1), 272-288. doi: 10.1186/1472-6963-12-272
- Vonberg, R.-P., Sanders, C. & Gastmeier, P. (2008). Consumer Attitudes About Health Care–Acquired Infections: A German Survey on Factors Considered Important in the Choice of a Hospital. *American Journal of Medical Quality*, 23 (1), 56-59. doi: 10.1177/1062860607310915
- Wahlstedt, E. & Ekman, B. (2016). Patient choice, Internet based information sources, and perceptions of health care: Evidence from Sweden using survey data from 2010 and 2013. *BMC Health Services Research*, 16 (1), Article 325. doi: 10.1186/s12913-016-1581-5
- Weber, H. & Salewski, C. (2009). Erwartungen und Überzeugungen. In Bengel, J. & Jerusalem, M. (Hrsg). *Handbuch der Gesundheitspsychologie und Medizinischen Psychologie* (S. 74-79). Göttingen: Hogrefe
- Weiße Liste (2019). *Arztsuche oder Krankenhaussuche: Wir geben Ihnen Orientierung*. Abgerufen am 04.02.2019 von <https://www.weisse-liste.de/de/>

- Wensing, M., Jung, H. P., Mainz, J., Olesen, F. & Grol, R. (1998). A systematic review of the literature on patient priorities for general practice care. Part 1: Description of the research domain. *Social Science & Medicine*, 47 (10), 1573-1588. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00222-6
- Wessels, H., Wynia, K., Sixma, H. J., de Heus, M., Schipper, M., Woltjer, M. ... Voest, E. E. (2009). Medical oncology patients' preferences with regard to health care: development of a patient-driven questionnaire. *Annals of Oncology* 20 (10), 1708–1713; doi: 10.1093/annonc/mdp044
- Wilson, C.T., Woloshin, S. & Schwartz, L. M. (2007) Choosing where to have major surgery: Who makes the decision? *Arch Surg.*, 142 (3), 242–246. doi: 10.1001/archsurg.142.3.242
- Winblad, U. (2008). Do physicians care about patient choice. *Social Science & Medicine* 67 (10), 1502-1511. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.07.016
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In Jüttemann, G. (Hrsg) *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-256). Weinheim: Beltz
- Zeelenberg, M. & Pieters, M. (2007). A Theory of Regret Regulation 1.0. *Journal of Consumer Psychology*, 17 (1), 3-18. doi:10.1207/s15327663jcp1701\_3

## 10. Anhang

### 10.1. Interview-Leitfaden

#### Einleitung

„Wie Sie sehen können habe ich gerade die Aufnahme unseres Gesprächs gestartet. Ich möchte mich nochmals dafür bedanken, dass Sie Ihr Einverständnis dazu gegeben haben. Das erleichtert mir die anschließende wissenschaftliche Auswertung enorm.“

Wie Ihnen sicher klar ist gibt es viele Gründe, sich für ein bestimmtes Krankenhaus zu entscheiden, wenn eine Behandlung erfolgen soll. Manche dieser Gründe sind medizinisch, andere nicht. Mich interessiert, weswegen Sie sich für Ihre Behandlung für dieses Krankenhaus entschieden haben. Könnten Sie mir erzählen, wie Sie zu dieser Entscheidung gekommen sind?“

#### Während der Aufzeichnung gegebenenfalls nachfragen:

- „Wegen was lassen Sie sich hier behandeln?“
- „Als wie schwerwiegend empfinden Sie Ihre Erkrankung/Verletzung?“
- „Wo und von wem haben Sie sich darüber Informationen eingeholt, wo Sie sich behandeln lassen können?“
- „Wie verständlich waren die verschiedenen Informationsquellen für Sie?“
- „Gibt es Informationsquellen, die Ihnen vertrauenswürdiger schienen als andere?“
- „Welche Informationen waren für Sie ausschlaggebend, sich hier behandeln zu lassen?“
- „Würden Sie sagen, dass Sie alle Informationen gegeneinander aufgewogen oder eher aus dem Bauch heraus entschieden haben?“
- „Welchen Einfluss hatte Ihr behandelnder Haus- oder Facharzt auf Ihre Entscheidung?“
- „War es für Sie wichtig, wie weit dieses Krankenhaus von Ihrem Wohnort entfernt ist und wenn ja, wieso war es das?“
- „Hatte die Art Ihrer Krankenversicherung einen Einfluss auf Ihre Entscheidung?“
- „Was glauben Sie, wie wichtig es für den Erfolg der Behandlung ist, das richtige Krankenhaus zu wählen?“
- „Es gibt viele Menschen, die sich in medizinische Behandlung begeben wollen oder müssen. Wenn Sie jetzt ein Informationsangebot für diese Menschen schaffen sollten, wie würde es aussehen?“
- „Wie gut kennen Sie sich in der Medizin aus? Auch hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten für Ihre Erkrankung/Verletzung?“
- „Fällt Ihnen noch etwas ein, das Sie mir mitteilen möchten?“

#### Abschluss

„Ich möchte mich nochmals bei Ihnen für Ihre Zeit und Ihre Auskünfte bedanken. Sie haben mir damit sehr geholfen. Ich wünsche Ihnen alles Gute und gute Besserung!“

## 10.2. Fragebogen

### **Ihre Meinung ist uns wichtig!**



Sehr geehrte Damen und Herren,

diese Befragung findet im Rahmen meiner Doktorarbeit in Psychologie statt. Ich untersuche, wie und wieso sich Patienten für ein bestimmtes Krankenhaus entscheiden. Dazu befrage ich Patienten, die sich geplant in stationäre Behandlung begeben haben. Wenn Sie als akuter Notfall ins nächste verfügbare Krankenhaus eingeliefert wurden, geben Sie diesen Fragebogen bitte unausgefüllt zurück.

Es würde mich sehr freuen und mir helfen, wenn Sie diesen Fragebogen ausfüllen. Außerdem hilft diese Befragung den Krankenhäusern, in Zukunft ihr Informationsangebot besser an den Bedürfnissen der Patienten zu orientieren. Damit können andere Patienten - und womöglich auch Sie selbst - in Zukunft von dieser Untersuchung profitieren.

Selbstverständlich werden all Ihre Angaben anonym verwendet!

Es gibt weder richtige noch falsche Antworten:

Was mich interessiert, sind Ihre Meinung und Ihre Erfahrungen.

Wenn Sie eine Frage nicht beantworten können oder möchten, überspringen Sie diese einfach. Fragen, die nicht auf Sie zutreffen, können Sie ebenfalls überspringen.

Mit freundlichen Grüßen,

Ihr Roger Giegrich



1. Findet Ihre Behandlung hier geplant statt oder sind Sie als akuter Notfall in das nächste verfügbare Krankenhaus eingeliefert worden?			
<input type="checkbox"/> Ich bin zu einer <u>geplanten</u> Behandlung hier.			
<input type="checkbox"/> Ich wurde als <u>akuter Notfall</u> direkt in das nächste Krankenhaus eingeliefert.			
2. Für wie wichtig für den Erfolg der Behandlung halten Sie die Wahl des richtigen Arztes?			
Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt <input type="checkbox"/>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/>	Eher wichtig <input type="checkbox"/>	Eher unwichtig <input type="checkbox"/>
3. Für wie wichtig für den Erfolg der Behandlung halten Sie die Wahl des richtigen Krankenhauses?			
Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt <input type="checkbox"/>	Sehr wichtig <input type="checkbox"/>	Eher wichtig <input type="checkbox"/>	Eher unwichtig <input type="checkbox"/>
4. Wo haben Sie sich darüber informiert, in welchem Krankenhaus Sie sich behandeln lassen können? <i>(Mehrere Angaben möglich)</i>			
<input type="checkbox"/> Hausarzt		<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	
<input type="checkbox"/> Facharzt		<input type="checkbox"/> Internet: Foren	
<input type="checkbox"/> Familie/Partner		<input type="checkbox"/> Internet: Qualitäts-/Vergleichsseite	
<input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte		<input type="checkbox"/> Internet: Krankenhaus-Homepage	
<input type="checkbox"/> Sonstige <i>(bitte angeben)</i> : _____			
5. Jetzt bewerten Sie bitte, wie verständlich, vertrauenswürdig und hilfreich die von Ihnen genutzten Informationsquellen für Sie waren. Verwenden Sie dazu bitte die Noten von 1 bis 5. <i>(Bitte alle drei Aspekte in der Zeile bewerten.)</i> Noten: 1 = sehr gut; 2 = gut; 3 = befriedigend; 4 = ausreichend; 5 = mangelhaft			
	Verständlich	Vertrauenswürdig	Hilfreich
Hausarzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Facharzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familie/Partner	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Freunde/Bekannte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Internet: Foren	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Internet: Qualitäts-/Vergleichsseite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Internet: Krankenhaus-Homepage	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6. Ich habe für meine jetzige Behandlung <input style="width: 50px;" type="text"/> <i>(Anzahl angeben)</i> Krankenhäuser in Betracht gezogen.			

7. In welchem Umkreis um Ihren Wohnort haben Sie sich über Krankenhäuser für Ihre jetzige Behandlung informiert?					
<input type="checkbox"/> Unter 20 Kilometer					
<input type="checkbox"/> Bis 40 Kilometer					
<input type="checkbox"/> Bis 80 Kilometer					
<input type="checkbox"/> Über 80 Kilometer					
8. Wie groß war der Aufwand, den Sie betrieben haben, um Informationen über Krankenhäuser einzuholen?					
Enormer Aufwand	Großer Aufwand	Mittlerer Aufwand	Geringer Aufwand	Gar kein Aufwand	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9. Als Sie sich vor dem Behandlungsbeginn über Krankenhäuser informiert haben, über was haben Sie sich gezielt informiert? (Mehrere Angaben möglich)					
<input type="checkbox"/> Ärzte (medizinische Kompetenz)	<input type="checkbox"/> Persönliche Erfahrungsberichte				
<input type="checkbox"/> Ärzte (Umgang mit Patienten)	<input type="checkbox"/> Pflege (pflegerische Betreuung)				
<input type="checkbox"/> Ausstattung der Patientenzimmer	<input type="checkbox"/> Pflege (Umgang mit Patienten)				
<input type="checkbox"/> Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/> Räumliche Nähe zu Ihrem Wohnort				
<input type="checkbox"/> Größe des Krankenhauses	<input type="checkbox"/> Ruf des Krankenhauses				
<input type="checkbox"/> Integration der Angehörigen	<input type="checkbox"/> Spezialisierung des Krankenhauses				
<input type="checkbox"/> Konfessionelle Ausrichtung des Hauses	<input type="checkbox"/> Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn				
10. Ich habe mich bei <input type="text"/> (Anzahl angeben) Ärzten über Krankenhäuser informiert.					
11. Wie groß war der Einfluss folgender Informationsquellen auf Ihre Wahl dieses Krankenhauses? (Bitte alle Zutreffenden bewerten.)					
	Stärkster Einfluss überhaupt	Sehr starker Einfluss	Starker Einfluss	Leichter Einfluss	Gar kein Einfluss
Ihre eigene Meinung, Wissen und Erfahrung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Facharzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Familie/Partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Freunde/Bekannte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbsthilfegruppe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet: Foren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet: Qualitäts-/Vergleichsseite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Internet: Krankenhaus-Homepage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12.	Hat Ihnen Ihr Haus-/Facharzt dieses Krankenhaus hier empfohlen?
<input type="checkbox"/>	Ja (Bitte <u>beantworten</u> Sie auch die nächste Frage.)
<input type="checkbox"/>	Nein (Bitte <u>überspringen</u> Sie die nächste Frage.)

13.	Als Ihnen Ihr Haus-/Facharzt dieses Krankenhauses hier empfohlen hat, welche Gründe dafür hat er Ihnen genannt? (Mehrere Angaben möglich)
<input type="checkbox"/>	Keine Begründung
<input type="checkbox"/>	Allgemeine Begründung (z.B. "Ich würde mich dort behandeln lassen.")
<input type="checkbox"/>	Gute Erfahrungen Ihres Haus-/Facharztes mit diesem Krankenhaus
<input type="checkbox"/>	Medizinische Kompetenz des Krankenhauses
<input type="checkbox"/>	Spezialisierung des Krankenhauses
<input type="checkbox"/>	Ruf des Krankenhauses
<input type="checkbox"/>	Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn
<input type="checkbox"/>	Sonstige (bitte angeben): _____

		<div style="display: flex; justify-content: space-around; transform: rotate(-15deg);"> <span>Einer der wichtigsten Aspekte überhaupt</span> <span>Sehr wichtig</span> <span>Eher wichtig</span> <span>Eher unwichtig</span> </div>			
14.	Wie wichtig waren Ihnen folgende Aspekte?				
I.	Ärzte (medizinische <u>Kompetenz</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
II.	Ärzte ( <u>Umgang</u> mit Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
III.	Ausstattung der Patientenzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IV.	Behandlungsmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
V.	Eigene Erfahrungen in diesem Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VI.	Größe des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VII.	Integration der Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Konfessionelle Ausrichtung des Hauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Persönliche Erfahrungsberichte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Pflege (pflegerische <u>Betreuung</u> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI.	Pflege ( <u>Umgang</u> mit Patienten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XII.	Räumliche Nähe zu Ihrem Wohnort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIII.	Ruf des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XIV.	Spezialisierung des Krankenhauses	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XV.	Wartezeit bis zum Behandlungsbeginn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15.	Wie genau haben Sie nachgedacht und überlegt, wo Sie sich behandeln lassen?			
	Äußerst genau <input type="checkbox"/>	Sehr genau <input type="checkbox"/>	Weniger genau <input type="checkbox"/>	Kaum <input type="checkbox"/>

16. Wie sehr kam Ihre Entscheidung „aus dem Bauch heraus“?				
Äußerst stark <input type="checkbox"/>	Sehr stark <input type="checkbox"/>	Weniger stark <input type="checkbox"/>	Kaum <input type="checkbox"/>	
17. Wie sicher sind Sie sich, das richtige Krankenhaus gewählt zu haben?				
Äußerst sicher <input type="checkbox"/>	Sehr sicher <input type="checkbox"/>	Weniger sicher <input type="checkbox"/>	Unsicher <input type="checkbox"/>	
18. Ich wurde in den letzten zehn Jahren <input style="width: 50px;" type="text"/> Mal stationär in einem <u>anderen Krankenhaus</u> behandelt. <i>(Bitte zählen Sie dieses Mal mit.)</i>				
19. Ich wurde in den letzten zehn Jahren <input style="width: 50px;" type="text"/> Mal stationär in <u>diesem Krankenhaus</u> behandelt. <i>(Bitte zählen Sie dieses Mal mit.)</i>				
20. Wegen welcher Erkrankung/Verletzung sind Sie hier in Behandlung? <i>(freiwillige Angabe!)</i>  _____				
21. Wie empfinden Sie persönlich diese Erkrankung/Verletzung?				
Lebensbedrohlich <input type="checkbox"/>	Stark behindernd <input type="checkbox"/>	Einschränkend <input type="checkbox"/>	Unbedeutend <input type="checkbox"/>	
22. Nach Ihren bisherigen Erfahrungen bei Ihrer aktuellen Behandlung: Wie zufrieden sind Sie mit diesem Krankenhaus?				
Das Beste, das ich je erlebt habe <input type="checkbox"/>	Sehr gut <input type="checkbox"/>	Gut <input type="checkbox"/>	Akzeptabel <input type="checkbox"/>	Schlecht <input type="checkbox"/>
23. Wie stark informieren Sie sich auch nach dem Behandlungsbeginn in diesem Haus noch über andere Krankenhäuser?				
Äußerst stark <input type="checkbox"/>	Sehr stark <input type="checkbox"/>	Stark <input type="checkbox"/>	Weniger stark <input type="checkbox"/>	Gar nicht <input type="checkbox"/>
24. Stellen Sie sich vor, Sie machen hier zwar gute Erfahrungen, hören aber noch Besseres über ein anderes Krankenhaus: Würden Sie für eine anschließende Behandlung oder eine andere Behandlung dorthin wechseln?				
Äußerst sicher <input type="checkbox"/>	Sehr sicher <input type="checkbox"/>	Sicher <input type="checkbox"/>	Unsicher <input type="checkbox"/>	Keinesfalls <input type="checkbox"/>
A. Was ist Ihr Geschlecht?				
<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Mann			
B. Wie alt sind Sie?				
<input style="width: 50px;" type="text"/>	Jahre			
C. Was ist Ihre Muttersprache? <i>(Mehrere Angaben möglich)</i>				
<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> Andere: _____			



<b>D. Was ist Ihre Staatsangehörigkeit? (Mehrere Angaben möglich)</b>				
<input type="checkbox"/> Deutsch		<input type="checkbox"/> Andere: _____		

<b>E. Wie ist Ihr aktueller Familienstand?</b>				
<input type="checkbox"/> Ledig		<input type="checkbox"/> Geschieden		
<input type="checkbox"/> Feste Partnerschaft		<input type="checkbox"/> Verwitwet		
<input type="checkbox"/> Verheiratet				

<b>F. Was ist Ihr höchster Schulabschluss?</b>				
<input type="checkbox"/> Keinen Abschluss		<input type="checkbox"/> Realschulabschluss		
<input type="checkbox"/> Volksschulabschluss		<input type="checkbox"/> (Fach-)Abitur		
<input type="checkbox"/> Hauptschulabschluss				

<b>G. Was ist Ihr höchster beruflicher/akademischer Abschluss?</b>				
<input type="checkbox"/> Keinen Abschluss		<input type="checkbox"/> (Fach-)Hochschule, Universität		
<input type="checkbox"/> Lehre, Ausbildung		<input type="checkbox"/> Promotion		
<input type="checkbox"/> Meister				

<b>H. Wie sind Sie krankenversichert?</b>				
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung				
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung mit (privater) Zusatzversicherung, welche die aktuelle Behandlung hier <u>nicht</u> abdeckt				
<input type="checkbox"/> Gesetzliche Krankenversicherung mit (privater) Zusatzversicherung, welche die aktuelle Behandlung hier <u>abdeckt</u>				
<input type="checkbox"/> Private Krankenversicherung				

<b>I. Welcher Religion- bzw. Glaubensgemeinschaft gehören Sie an?</b>				
<input type="checkbox"/> Christlich		<input type="checkbox"/> Keiner Religion		
<input type="checkbox"/> Muslimisch		<input type="checkbox"/> Andere: _____		

<b>J. Wie stark ist Ihre religiöse Überzeugung?</b>				
Äußerst stark	Sehr stark	Weniger stark	Schwach	Nicht vorhanden
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>K. Wenn Sie sich nochmal über Behandlungsmöglichkeiten und Krankenhäuser informieren müssten: Wo und auf welche Weise würden Sie das am liebsten tun?</b>				

*(Bei Bedarf können Sie gerne auf der Rückseite weiterschreiben.)*

Vielen Dank für Ihre Teilnahme. Sie haben mir damit sehr geholfen.  
Ich wünsche Ihnen alles Gute und vor allem **gute Besserung!**

### **10.3. Erklärung gemäß § 8 (1) c) und d) der Promotionsordnung der Fakultät**

(siehe nächste Seite)



UNIVERSITÄT  
HEIDELBERG  
ZUKUNFT  
SEIT 1386

FAKULTÄT FÜR VERHALTENS-  
UND EMPIRISCHE KULTURWISSENSCHAFTEN

**Promotionsausschuss der Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften  
der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg**  
Doctoral Committee of the Faculty of Behavioural and Cultural Studies of Heidelberg University

**Erklärung gemäß § 8 (1) c) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg  
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**  
Declaration in accordance to § 8 (1) c) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University,  
Faculty of Behavioural and Cultural Studies

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation selbstständig angefertigt, nur die angegebenen Hilfsmittel benutzt und die Zitate gekennzeichnet habe.

I declare that I have made the submitted dissertation independently, using only the specified tools and have correctly marked all quotations.

**Erklärung gemäß § 8 (1) d) der Promotionsordnung der Universität Heidelberg  
für die Fakultät für Verhaltens- und Empirische Kulturwissenschaften**  
Declaration in accordance to § 8 (1) d) of the doctoral degree regulation of Heidelberg University,  
Faculty of Behavioural and Cultural Studies

Ich erkläre, dass ich die vorgelegte Dissertation in dieser oder einer anderen Form nicht anderweitig als Prüfungsarbeit verwendet oder einer anderen Fakultät als Dissertation vorgelegt habe.

I declare that I did not use the submitted dissertation in this or any other form as an examination paper until now and that I did not submit it in another faculty.

Vorname Nachname  
First name Family name Roger Giegrich

Datum, Unterschrift  
Date, Signature 15.03.2019